

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1920-1921. — N° 139

Les tumeurs malignes du Naso-pharynx

A POINT DE DÉPART PÉRITUBAIRE

THÈSE

PRÉSENTÉE

À LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 28 Janvier 1921

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

ANDRÉ NECTOUX

Né à Montbéliard (Doubs) le 12 Avril 1894



LYON

IMPRIMERIE EXPRESS

46, rue de la Charité, 46

—
1921

Les tumeurs malignes

du Naso-pharynx

A POINT DE DÉPART PÉRITUBAIRE

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM J. LEPINE..... DOYEN.
X..... ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, SOULIER, CAZENEUVE, BEAUVISAGE,
LACASSAGNE, TESTUT.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	(MM. TEISSIER
Cliniques chirurgicales	ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements.....	BARD
Clinique ophtalmologique	TIXIER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	BERARD
Clinique neurologique et psychiatrique	FABRE
Clinique des maladies des enfants.....	ROLLET
Clinique des maladies des femmes.....	NICOLAS
Clinique d'ot-rhino-laryngologie.....	LEPINE (J.)
Clinique des maladies des voies urinaires.....	WEILL
Clinique chirurgicale des maladies des enfants.....	POLLOSSON (A.)
Physique bio.ogique, Radiologie et Physiothérapie.....	LANNOIS
Chimie biologique	ROCHET
Chimie organique et Toxicologie	NOVE-JOSSERAND
Matière médicale et Botanique.....	CLUZET
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	HUGOUNENQ
Anatomie.....	MOREL
Anatomie générale et Histologie.....	MOREAU
Physiologie	GUIART
Pathologie interne	LATARJET
Pathologie et Thérapeutique générales.....	POLICARD
Anatomie pathologique	DOYON
Médecine opératoire	COLLET
Médecine expérimentale et comparée.....	MOURIQUAND
Médecine légale.....	PAVIOT
Hygiène	VILLARD
Thérapeutique.....	ARLOING (F.)
Pharmacologie	ETIENNE MARTIN
	COURMONT (P.)
	PIC
	FLORENCE (A.)

PROFESSEURS ADJOINTS

Pathologie externe.....	VALLAS
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN
Chimie minérale	BARRAL
Accouchements	COMMANDEUR
Urologie	GAYET

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Embryologie	HOVELACQUE
Anatomie topographique	PATEL
Botanique	BRETIN
Stomatologie	TELLIER

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	SAVY	HOVELACQUE	ROUBIER
BRETIN	FROMENT	TRILLAT	FAVRE
LERICHE	THEVENOT (Lucien)	SARVONAT	MURARD
THEVENOT (Léon)	PIERY	FLORENCE (G.)	BONNET
TAVERNIER	COTTE	ROCHAIX	GRAVIER, chargé
CADE	DUROUX	CORDIER	des fonctions
GARIN			

M. BAYLE, secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. LANNOIS, Président; M. PAVIOT, Assesseur;
MM. CADE et CORDIER, Agrégés.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

Les tumeurs malignes du Naso-pharynx

A POINT DE DÉPART PÉRITUBAIRE



THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 28 Janvier 1921

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

ANDRÉ NECTOUX

Né à Montbéliard (Doubs) le 12 Avril 1894



LYON

IMPRIMERIE EXPRESS

46, rue de la Charité, 46

—
1921

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MON PÈRE

Arrivé au terme de nos études, c'est pour nous un pieux devoir d'inscrire son nom en tête de ce travail, une peine cruelle de ne pouvoir lui dire combien nous le chérissions et tout ce que nous lui devons.

A MA MÈRE

La meilleure entre toutes les mères ;
faible témoignage de notre profonde
affection et de notre reconnaissance
infinie.

A MON FRÈRE JEAN

A MON FRÈRE RENÉ

Nous avons fait ensemble une partie
de nos études médicales et nous nous
sommes souvent assis côte à côte sur
les bancs de la Faculté.

A TOUS MES PARENTS ET AMIS

A MES CAMARADES DE LA GRANDE GUERRE MORTS POUR LA FRANCE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE,

M. LE PROFESSEUR LANNOIS

Professeur de Clinique oto-rhino-laryngologique

à la Faculté de Médecine de Lyon

Officier de la Légion d'honneur

A MES JUGES

A TOUS MES MAÎTRES

AVANT-PROPOS

Prisonnier des Allemands au cours de la guerre, occupé par eux au camp de Langenselza à soigner une épidémie de typhus exanthématique dont nous fûmes atteint à notre tour, nous avons dès cette époque décidé de consacrer notre travail inaugural à la redoutable maladie.

Depuis, la Paix est revenue avec la Victoire ; nous avons regagné notre Faculté si longtemps désertée. D'autres, plus avancés, ont achevé avant nous leurs études ; de nombreuses thèses ont paru traitant du typhus exanthématique et, de crainte d'arriver trop tard, nous avons abandonné avec regret nos premières intentions.

Nous avons appris, étant stagiaire pendant le semestre d'été 1919 à la Clinique oto-rhino-laryngologique de l'hôpital Saint-Pothin, à aimer cette branche des sciences médicales qui tient à la fois de la chirurgie et de la médecine et nous avons fait appel à notre maître, le professeur Lannois. Il nous a confié l'idée première de ce travail. Aussi tenons-nous particulièrement à le remercier ici de la bienveillance avec laquelle il nous a toujours accueilli dans son service et donné tous les conseils que nous lui avons demandés. Il nous a fait

l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse et nous lui sommes reconnaissant de l'intérêt qu'il a bien voulu nous porter.

Nous remercions aussi M. le docteur Jacod, qui a grandement facilité notre tâche par des documents inédits qu'il nous a si aimablement communiqués et qui concernent ses recherches personnelles sur les sarcomes de la trompe d'Eustache et leur traitement chirurgical.

CHAPITRE I^{er}

HISTORIQUE ET INTRODUCTION

L'histoire des tumeurs malignes du naso-pharynx est tout entière contemporaine ; il y a vingt ans on n'y faisait guère attention, comme si la difficulté de leur accès, aussi bien pour leur examen que pour leur traitement, rebutait les médecins. On les considérait du reste comme exceptionnelles. Mais l'extension et les progrès de la rhinologie rendirent les observations plus nombreuses. On montra que ce n'était pas là une affection aussi rare qu'on le pensait (Thèse de Laval, 1904), on perfectionna la technique opératoire (Thèse de Duverger, 1904). Enfin tout récemment l'emploi du radium comme procédé thérapeutique et les résultats encourageants qu'il a donnés dans le traitement des tumeurs malignes en général ont encore apporté un regain d'actualité à l'étude de celles du naso-pharynx.

La première revue d'ensemble publiée sur la question est la Thèse de Laval (Toulouse 1904) que nous avons déjà citée. Elle est reprise par Soucy (Alger

1911) et par Pauliac (Paris 1911) qui ne s'occupe que des sarcomes. Un certain nombre de spécialistes et aussi de chirurgiens apportent leur contribution à l'étude des tumeurs malignes du naso-pharynx. Ce sont les travaux de Moure, d'Aboulker en France, de Compaired, de Citelli, de Spangenberg, et plus récemment de Sendziak, de Kelsey et Brown, d'Oppikofer à l'étranger. Enfin la question est mise à l'ordre du jour du Congrès international de médecine de Londres (1913) où Ferreri et Marschik présentent des rapports.

Tous ces travaux considèrent les tumeurs malignes du naso-pharynx comme une affection univoque, comme une entité morbide reposant toujours sur la même lésion anatomique, se manifestant toujours par les mêmes symptômes, ayant toujours la même évolution. Les tumeurs de la voûte, celles de la paroi postérieure, celles de la paroi latérale sont l'objet d'une description d'ensemble et aucune distinction n'est faite relative à la physionomie particulière de chacune d'elles. Tout au plus distingue-t-on des formes de début différentes : formes respiratoire, auriculaire, ganglionnaire (Laval, Soucy), formes névralgique, otalgique (Aboulker), mais sans les rattacher à un substratum anatomique particulier.

Hallade (Thèse de Paris, 1880) remarque qu'il est un symptôme dont se plaignent constamment les malades, la surdité : « Elle ne manque jamais, écrit-il ; si le cancer naît autour du pavillon tubaire, la surdité sera le premier symptôme évident. » Dans son Précis, le professeur Lannois (1908) signale le développement de l'épithéliome au niveau des trompes et explique, par

cette localisation tubaire, la possibilité de la prédominance des symptômes auriculaires, douloureux et inflammatoires.

Compaired (1905), relatant vingt observations de tumeurs malignes du naso-pharynx, dit n'avoir jamais rencontré la forme auriculaire. Aboulker (1912) écrit que ce mode de début est le signe d'une tumeur de la paroi latérale mais qu'il reste peu longtemps distinct des autres symptômes. Aussi Herbert Tilley peut-il dire, avec juste raison, au Congrès international d'otologie de Boston (1912), qu'on ne connaît pas suffisamment les affections du cavum se manifestant par des symptômes auriculaires.

Mais à côté de ces travaux commencent à en paraître d'autres qui tendent à montrer ce qu'il y a d'un peu absolu dans cette synthèse ramenant tout à un type unique. Un travail de Wilfred Trotter, paru dans « The british medical Journal » (28 octobre 1911), attire pour la première fois l'attention sur la symptomatologie particulière à certaines tumeurs malignes de la paroi latérale du naso-pharynx. Cependant Edward Law avait déjà présenté à la Société royale de médecine de Londres (février 1910 et février 1911) des observations d'épithéliomes naissant au niveau du pavillon tubaire et donnant comme premiers symptômes des troubles auditifs ou des névralgies dans la sphère du trijumeau. D'autres spécialistes anglais, en particulier Trotter et Tilley, publient des observations analogues.

La France apporte également sa contribution au démembrement des tumeurs malignes naso-pharyngées. Au Congrès de la Société française d'oto-rhino-

laryngologie (mai 1914), le docteur Jacod (de Lyon) communique un travail « sur les sarcomes de la trompe d'Eustache cartilagineuse ». D'autres travaux de cet auteur : une nouvelle communication à la même société (mai 1920), un article, rédigé en août 1920 et destiné à la « Revue neurologique », contribuent à isoler cette forme d'allure si spéciale, séparant en deux groupes les sarcomes du naso-pharynx, d'une part ceux qui se développent sur la paroi postérieure ou au niveau du récessus ethmoïdo-sphénoïdal, de l'autre ceux qui se forment dans la paroi latérale.

Ainsi peu à peu se désagrège le groupe compact des auteurs classiques et la description faite par eux des tumeurs malignes du naso-pharynx n'apparaît plus aujourd'hui comme l'image exacte de la réalité.

Lorsqu'on étudie ces tumeurs décrites par Laval, par Edw. Law sous le nom de « épithéliomes du pavillon tubaire », par Trotter sous le nom de « endothéliomes de la paroi latérale du naso-pharynx », par le docteur Jacod sous le nom de « sarcomes de la trompe d'Eustache », on s'aperçoit qu'elles proviennent toutes d'une lésion de la paroi latérale du naso-pharynx au voisinage du pavillon de la trompe, qu'elles ont une symptomatologie et une évolution analogues, tout au moins au début, en un mot qu'elles sont des variétés cliniques d'un type bien défini et homogène. Ce type, que nous décrirons sous le nom de « tumeurs malignes du naso-pharynx à point de départ péri-tubaire », doit être séparé nettement du type unique et hétérogène des auteurs classiques. Les tumeurs ma-

lignes à point de départ péricubaire ont droit à une place à part à côté de celle des tumeurs malignes naissant sur les autres parois du naso-pharynx et il convient d'en faire une description distincte.

Nous allons d'abord rapporter les observations que nous avons recueillies à la clinique oto-rhino-laryngologique de notre maître, le professeur Lannois, et chez différents auteurs. Ensuite, après quelques considérations anatomiques et étiologiques, nous essaierons à l'aide de ces documents d'esquisser la physionomie clinique des tumeurs malignes du naso-pharynx à point de départ péricubaire et nous terminerons par un exposé de la thérapeutique qu'on peut actuellement leur appliquer.

On sait toute l'importance que présente le diagnostic précoce d'un cancer, si on veut s'attaquer à lui avec des chances de succès, et cette considération suffira pour expliquer la raison d'être du travail que nous avons entrepris.

CHAPITRE II

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(MM. LANNOIS, DURAND et JACOD)

Sarcome de la trompe d'Eustache gauche chez un homme de 53 ans. — Début par otalgie, diminution de l'audition, bourdonnements du même côté. — Douleurs névralgiques gauches. — Ni adénopathie cervicale, ni ulcération. — Opération : ablation par mobilisation du massif maxillo-malaire. — Récidive locale avec adénopathie en chaîne deux mois après. — Mort trois mois après l'opération. — Evolution totale en neuf mois.

J.-B. V..., 53 ans, emballeur, vient à la consultation de Saint-Pothin (clinique oto-rhino-laryngologique du professeur Lannois), le 1^{er} octobre 1907, pour une diminution très marquée de l'audition à gauche, accompagnée de bourdonnements.

Ni antécédents héréditaires, ni antécédents personnels.

Il y a trois mois, douleurs d'oreille à gauche : élancements peu intenses, n'empêchant pas le sommeil. Depuis trois semaines les autres troubles auditifs ont apparu progressivement ; en même temps légère sensation d'obstruction nasale à gauche, sécheresse pharyngée presque constante.

Au premier examen, qui a été un peu superficiel, on note que les deux tympans sont uniformément épaissis tous deux et que le gauche est le plus enfoncé. L'audition aérienne est diminuée d'ailleurs des deux côtés : une montre entendue à trois mètres est perçue à 40 centimètres à droite et à 20 centimètres à gauche. Jamais d'otorrhée antérieure. A l'examen nasal, déviation assez accusée de la cloison, convexe à gauche. On confie à un élève le soin de faire un cathétérisme au malade.

10 octobre. — Le malade revient ; il souffre depuis quelques jours de la région auriculaire gauche ; les douleurs sont lancinantes et lui paraissent très profondes. Il a des bruits subjectifs constants à gauche. De plus, il souffre du nasopharynx depuis le dernier cathétérisme qui a été douloureux ; ces douleurs s'irradient parfois dans toute la moitié gauche de la tête.

A l'examen des oreilles, même aspect : le tympan gauche n'est pas rouge.

A la rhinoscopie postérieure, la moitié droite du cavum paraît normale, mais la région du pavillon tubaire gauche est complètement déformée, rouge violacé. Cette infiltration rouge, qui fait une assez forte saillie, s'arrête au niveau de la paroi postérieure et s'étend jusqu'à la choane rouge. Il existe quelques croûtes sanguinolentes sur bourrelet tubaire antérieur. Le malade nie la syphilis et n'a jamais présenté aucun symptôme pouvant faire songer à des accidents spécifiques. Pas de ganglions cervicaux. Le malade a très peu maigri ; son état général est aussi bon qu'auparavant. On pense à une infection locale par le cathétérisme précédent et on donne au malade un traitement médical (fumigations, etc...)

18 octobre. — Le malade s'est trouvé un peu soulagé localement, mais il a toujours des névralgies dans la moitié gauche de la tête, et la surdité, ainsi que les bourdonnements, ont augmenté à gauche. A la rhinoscopie postérieure, la muqueuse n'est pas ulcérée, mais est très rouge ; de plus, la tuméfaction a augmenté. Le pavillon tubaire est projeté dans le cavum et vient au contact du cornet inférieur gauche et du voile. On soumet le malade au traitement mixte.

25 octobre. — Le traitement n'a pas eu d'action ; il a, au

contraire; abattu le malade qui a maigri pendant cette semaine. La tumeur est plus volumineuse; elle immobilise un peu le voile membraneux. Au toucher, elle est plus grosse qu'elle ne paraît à l'œil; elle s'étend profondément et infiltre déjà un peu le voile; elle est dure et saigne à peine. On propose au malade une intervention.

1^{er} décembre. — Le malade n'est pas revenu depuis la fin d'octobre. Il a maigri beaucoup. La narine gauche est complètement obstruée. La bouche ouverte, on voit que la moitié gauche du voile est abaissée et immobile. Le toucher pharyngien paraît impossible à cause de la douleur, mais par la rhinoscopie postérieure, rendue très difficile, on voit que la tumeur est devenue volumineuse et occupe toute la moitié gauche du cavum; la muqueuse paraît lisse, sans ulcération.

13 décembre. — Opération (D^r Durand). — Incision de la résection du maxillaire supérieur prolongée en dehors jusqu'à l'attache malaire de l'apophyse zygomatique. On ne dénude pas la face osseuse du maxillaire qui doit rester adhérente au tégument facial. Section de l'apophyse orbitaire externe à la scie de Gigli, puis de l'attache malaire du zygoma. Dénudation rapide du plancher de l'orbite. Section à la cisaille de la branche montante du maxillaire.

Le malade est mis à ce moment dans la position de Rose.

Section antéro-postérieure du voile au côté droit de la luette. On se rend compte alors que la moitié gauche est envahie. Une scie de Gigli, portée par une sonde de Bellocq, sectionne la voûte palatine à gauche, tout contre la cloison. Un fort ciseau introduit dans cette ligne de section bascule facilement en dehors le massif maxillo-malaire. Avant sa luxation complète on reconnaît la base de la ptérygoïde et on la sectionne au ciseau un peu difficilement, avec précautions, en plusieurs coups. Bascule complète du massif osseux en dehors.

Aux ciseaux, on désinsère la moitié gauche du voile. On sectionne les piliers postérieur et antérieur. Le doigt élève alors la moitié gauche du naso-pharynx en partant de la brèche créée dans le palais. On sent nettement le cordon de la trompe; on la sectionne contre le rocher. La tumeur prise dans une pince de Museux est alors attirée au dehors. On ter-

mine au doigt le clivage : dénudation de l'aponévrose prévertébrale, décollement difficile de la partie supérieure du cavum au niveau de l'apophyse basilaire.

La tumeur enlevée, on voit très bien la paroi postérieure et la paroi latérale du cavum, la paroi supérieure échappe un peu aux regards. Hémorragie notable. Hémostase provisoire à l'aide d'un tamponnement.

On rabat le massif osseux après un tamponnement de la large brèche du cavum. Point de suture osseux sur l'apophyse orbitaire externe. On place une gouttière de Martin. Suture de la peau.

La tumeur est dure, sans ulcération ; elle a l'aspect d'un sarcome interstitiel ; elle est développée aux dépens de la région de la trompe d'Eustache cartilagineuse.

Les suites immédiates furent excellentes, mais le malade revint deux mois après avec une récurrence locale et des adénopathies dures, en chaîne, s'étendant très loin, rendant toute opération impossible. Il est mort trois mois après l'opération, neuf mois après le début des symptômes.

Examen histologique. — Sarcome à petites cellules.

OBSERVATION II

(M. JACOD)

Sarcome de la trompe d'Eustache gauche chez un homme de 68 ans. — Début par surdité presque complète, bourdonnements, otite moyenne catarrhale du même côté. — Céphalée temporale. — Ni adénopathie cervicale, ni ulcération. — Opération par résection temporaire du maxillaire supérieur. — Récurrence ganglionnaire cervicale. — Ablation des adénopathies perceptibles. — Récurrence locale avec prolongement vers la base du crâne. — Mort après une évolution totale de cinq mois.

Alex. P..., 68 ans, vient consulter le 4 décembre 1912 parce qu'il éprouve une surdité presque complète du côté gauche. Cette surdité est venue en vingt-quatre heures, il y a quinze

jours environ, et le malade l'attribue à un coryza qu'il aurait pris en même temps. Il est gêné un peu pour respirer des deux narines depuis la même époque, la gêne étant peut-être plus marquée à gauche. Il ne souffre pas de l'oreille; il éprouve seulement un bourdonnement léger et continu de ce côté. Il ne s'inquiète pas de cette surdité qu'il estime passagère et même peu pénible; il vient uniquement parce qu'il a peur de la voir augmenter.

A l'examen otoscopique le tympan gauche est enfoncé en totalité; le manche paraît mince, la surface du tympan est brillante, collodionnée, comme dans l'otite catarrhale avec épanchement. L'audition aérienne est diminuée considérablement: la montre de 3 mètres est entendue au contact seulement, celle de 5 mètres à deux ou trois centimètres. L'audition osseuse est renforcée du côté malade où le son est latéralisé. Pas de troubles de l'équilibre. A l'examen du nez, la muqueuse est uniformément rouge, surtout à gauche où le cornet inférieur est très gros. La muqueuse du cavum n'est pas rouge à la rhinoscopie postérieure, sauf au niveau du bourrelet tubaire à gauche qui paraît peut-être un peu plus saillant que le droit. On porte le diagnostic de coryza avec otite catarrhale à épanchement du côté gauche, et on donne au malade un traitement médical (fumigations, etc...) en faisant entrevoir la possibilité d'une paracentèse.

9 décembre. — Le malade revient parce qu'il souffre depuis hier d'une céphalée temporale gauche. Il refuse la paracentèse. Le cathétérisme de la trompe est impossible. La sonde étant dans l'orifice tubaire il est impossible d'envoyer de l'air.

13 décembre. — Nouvel essai de cathétérisme qui fait entrer de l'air dans la caisse en produisant une crépitation neigeuse fine; le malade entend de suite mieux; sa douleur temporale est calmée. A l'examen on est frappé de ce que le pavillon tubaire a toujours une muqueuse très rouge; le cornet inférieur à gauche est également rouge et tuméfié alors que la muqueuse nasale à droite est normale. Le malade nie la syphilis; il n'a jamais eu aucun symptôme pouvant faire songer à des accidents primaires ou secondaires. Il part content d'entendre mieux.

27 décembre. — L'amélioration de l'audition a duré dix

jours. Depuis quatre jours la surdité est revenue aussi forte qu'auparavant avec le bourdonnement et une grande lourdeur de tête. La céphalée frontale, qui n'avait jamais passé, est très vive depuis deux jours. Egalement depuis deux jours le malade ne peut plus respirer de la narine gauche et éprouve une sensation de corps étranger dans le cavum à gauche. Il réclame une paracentèse.

A l'examen, on constate que la région tubaire est devenue manifestement plus saillante ; le bourrelet tubaire est projeté dans le cavum, il vient au contact du cornet inférieur gauche dont la partie postérieure est mûriforme. Toute la muqueuse est lisse et violemment rouge. Paracentèse du tympan gauche : il sort une petite quantité de liquide citrin qui s'écoule dans le conduit ; le malade entend de suite beaucoup mieux, mais la lourdeur de tête n'est pas influencée. Le malade nie toujours la syphilis. Il a un peu maigri depuis un mois. Pas de ganglions cervicaux.

3 janvier 1913. — La tuméfaction du naso-pharynx a augmenté, d'après ce que dit le malade, qui est beaucoup plus gêné qu'auparavant. Le tympan a dû se refermer, car la surdité est revenue. A l'oreille, même état que lors du premier examen. Dans le cavum la tumeur a augmenté très sensiblement ; elle vient en avant au contact du voile et tend à cacher la paroi postérieure. Céphalée temporale persistante. Au toucher on sent une tumeur dure, bien limitée, revêtue d'une muqueuse résistante qui ne saigne pas. Pas de ganglions dans le cou. Malgré les dénégations du malade, on lui donne un traitement mixte syphilitique.

10 janvier. — Le traitement n'a pas donné de résultat favorable. La tumeur occupe toute la paroi latérale du naso-pharynx et empêche le voile membraneux de se relever tout à fait ; elle paraît au toucher bien localisée à la région tubaire, sans infiltration étendue. Avec le médecin traitant, gendre du malade, on décide une intervention en posant le diagnostic de sarcome développé au niveau de la trompe. Pas de ganglions cervicaux.

16 janvier. — Opération (D^r Delore). — La tumeur a encore augmenté ; la muqueuse saigne un peu au toucher. Pour mieux l'aborder on pratique une résection du maxillaire supé-

rieur. On peut alors l'enlever ; elle se clive assez facilement au doigt sur les côtés et se détache difficilement de la base du crâne à laquelle elle adhère par des trousseaux fibreux. Elle est de la grosseur d'une noix, mais ovoïde. A la coupe, on s'aperçoit qu'elle est formée aux dépens de la portion cartilagineuse de la trompe ; celle-ci en occupe le centre sur toute sa longueur. On en prélève un morceau pour l'examen histologique.

15 février. — Malgré la précocité de l'intervention, qui a été aussi large que possible, il s'est produit une récurrence ganglionnaire dans la chaîne des ganglions carotidiens. On fait aujourd'hui l'ablation de toutes les adénopathies perceptibles.

Suites lointaines. — Dans le courant de mars, il s'est produit une récurrence locale au niveau du naso-pharynx. La tumeur occupe la base du crâne et se prolonge très loin. On la juge inopérable.

Le malade est mort dans le mois de mai, cinq mois après les premiers symptômes. Pas d'autopsie.

Examen histologique. — Il s'agit d'un sarcome à petites cellules rondes infiltrant toute la paroi de la trompe cartilagineuse, depuis la muqueuse jusqu'à l'atmosphère cellulaire autour d'elle ; l'infiltration va jusqu'au bord extérieur de la tumeur opérée.

OBSERVATION III

(MM. LANNOIS et BÉRIEL)

Sarcome de la trompe d'Eustache gauche chez un homme de 68 ans. — Début par diminution de l'ouïe, retentissement de la voix, bourdonnements. — Prolongement intracranien avec syndrome du carrefour pétro-sphénoïdal (névralgie du trijumeau, ophtalmoplégie, amaurose). — Ni adénopathie, ni ulcération. — Radiumthérapie : guérison locale. — Mort par compression intracrânienne. — Evolution totale en six mois.

Des..., 68 ans, se présente en avril 1919. Vient du service

du docteur Bériel où il est entré pour troubles divers remontant à quatre mois environ.

Pas d'antécédents pathologiques.

Début par troubles auditifs avec hypoacousie variable, retentissement de la voix et bourdonnements

Puis surviennent de la céphalée et des troubles oculaires qui deviennent prédominants. Depuis trois mois vue diminuée à gauche ; depuis deux mois, diplopie ; depuis trois semaines, perte de la vision à gauche. Céphalées de plus en plus violentes depuis trois mois, ne cédant un peu que par l'absorption d'au moins trois cachets antinévralgiques par jour. Hypoesthésie de la joue gauche.

Gêne de la respiration de la fosse nasale gauche depuis trois mois.

L'état général a baissé depuis deux mois. Le malade a beaucoup maigri. A l'entrée : faiblesse et maigreur frappante, teint terreux, marche pénible, état presque cachectique.

A l'examen rhinoscopique antérieur : fosse nasale gauche un peu rétrécie par hypertrophie du cornet inférieur. A la rhinoscopie postérieure : paroi latérale gauche repoussée en totalité vers la lumière du cavum, trompe gauche triplée de volume, muqueuse infiltrée, non ulcérée. Au toucher : tumeur sarcomateuse dure, autour de la trompe cartilagineuse et refoulant la muqueuse du naso-pharynx. Voile non infiltré, un peu repoussé en avant, presque aussi mobile à gauche qu'à droite. Pas de parésie du pharynx, ni de paralysie récurrentielle. Langue plus molle à gauche qu'à droite et pointe déviée à gauche.

Examen des oreilles : tympan gauche enfoncé et un peu opaque, audition aérienne diminuée de ce côté, audition crânienne latéralisée de ce côté. Les troubles auditifs sont dus à l'obstruction tubaire.

Examen des yeux (D^r Bussy) : ophtalmoplégie presque complète avec amaurose à gauche. Paralysie totale des 4^e et 6^e paires, partielle du moteur commun, portant sur le droit interne et un peu sur le supérieur et l'inférieur. Sphincter pupillaire paralysé. Cataracte au début. Rien au fond de l'œil. Le sympathique semble intact.

Examen général : pas de troubles moteurs, ni sensitifs, sauf

hypoesthésie buccale à gauche. Réflexes normaux. Rien aux autres organes. Pas de ganglions.

1^{er} mai 1919. — Application de radium (98 milligrammes pendant 22 heures) en enfonçant les tubes par voie nasale dans la tumeur après en avoir prélevé un morceau.

9 mai. — Le malade peut souffler et se moucher par la narine gauche. Les douleurs névralgiques de la face ont beaucoup diminué ; il peut dormir et n'a pas pris de cachets depuis plusieurs jours. La mobilité de l'œil est très améliorée ; il peut être dirigé en dedans et en bas. La tumeur paraît un peu diminuée.

26 mai. — Amélioration persistante de l'œil et du nasopharynx. A la rhinoscopie postérieure on ne retrouve plus la tumeur et on croirait qu'il n'y en a jamais eu : trompe normale, on ne sent rien au toucher, le côté gauche est à peine plus empâté que le droit. Audition très améliorée. Par contre, violentes douleurs dans la région sous-orbitaire gauche.

1^{er} juin. — L'amélioration des signes subjectifs tend à disparaître. Retour des céphalées et paresthésies douloureuses de la face, moins violentes, mais continues. Globe oculaire gauche moins mobile. Etat général déficient.

14 juin. — Etat général de plus en plus mauvais. Depuis deux jours obnubilation intellectuelle, sans parésie des membres ou de la face. De nouveau, ophtalmoplégie gauche presque totale avec, en plus, du ptosis. Par contre, la tumeur nasopharyngée n'a pas reparu : la trompe gauche n'est pas plus saillante que la droite. Il semble que la tumeur se soit développée dans la loge cérébrale moyenne par la trompe osseuse et le rocher.

15 juin. — Mort brusque, sans symptômes nouveaux, sept mois après les premiers symptômes. L'autopsie n'a pu être pratiquée.

Examen histologique (D^r Bouchut). — Il s'agit d'un sarcome à petites cellules.

OBSERVATION IV

(MM. BELLIN, VERNET et ALOIN)

Sarcome de la trompe d'Eustache gauche chez un homme de 35 ans. — Début apparent par syndrome du carrefour pétro-sphénoïdal, en réalité antérieurement : diminution de l'audition, otite moyenne par obstruction tubaire. — Mort par cachexie. — Evolution totale en 6 à 7 mois. — Autopsie.

X..., soldat, 35 ans environ, entre en se plaignant de douleurs violentes à caractère névralgique dans le domaine des trois branches du trijumeau, de céphalée intense, de troubles oculaires gauches, le tout survenu très rapidement depuis quatre à cinq semaines.

A l'examen, il existe une ophtalmoplégie totale gauche : paralysie des moteurs commun et externe, du pathétique. Perte de la vision à gauche presque complète. L'examen du fond d'œil n'a pas été fait.

En interrogeant le malade, on s'aperçoit qu'il a de la diminution de l'audition à gauche et une gêne rétro-nasale et nasale. L'oreille gauche présente des lésions d'otite moyenne par obstruction tubaire. En examinant le nez et le naso-pharynx, on trouve une tumeur d'apparence sarcomateuse, non ulcérée de la paroi gauche du naso-pharynx.

L'évolution a duré 6 à 7 mois. Il est apparu à la fin une tuméfaction dure de la région temporale gauche indiquant que la tumeur était ressortie du crâne et avait pénétré jusqu'au-dessous du zygoma. Mort par cachexie.

A l'autopsie on trouve, en plus du sarcome du naso-pharynx, un prolongement sarcomateux très important qui occupe la partie antérieure de la fosse cérébrale moyenne gauche, a fait disparaître la paroi supérieure du rocher en avant du labyrinthe, englobe le cavum de Meckel, la gouttière caverneuse, pénètre dans l'orbite par la fente sphénoïdale et soulève à ce niveau tous les nerfs crâniens qui sont tendus sur la tumeur comme sur un archet.

OBSERVATION V

(MM. LANNOIS, SARGNON et Mme MOUTET)

Tumeur maligne (d'apparence sarcomateuse) de la paroi latérale gauche du naso-pharynx chez un homme de 48 ans. — Début par otite moyenne catarrhale gauche. — Ganglions rétro-maxillaires, crachats sanguinolents, obstruction nasale. — Radiumthérapie : disparition locale de la tumeur. — Mort par propagation crânienne. — Pas d'examen histologique. — Evolution totale en 19 mois.

Val..., 48 ans, se présente le 13 décembre 1917 en se plaignant d'otite catarrhale avec épanchement à gauche depuis deux mois. La même affection avait déjà été guérie en 1914 par quatre paracentèses de la membrane du tympan. On en fait une nouvelle qui donne issue à du liquide assez abondant, mais on ne peut faire le cathétérisme, ce qu'on attribue à une obstruction tubaire. Le même phénomène se reproduit trois fois jusqu'au 23 janvier 1918.

18 février. — On constate deux gros ganglions rétro-maxillaires gauches ; il y en a aussi à droite. L'examen du pharynx montre le voile un peu repoussé dans la moitié gauche. La rhinoscopie postérieure est impossible et on constate avec le doigt, qui revient taché de sang, la présence d'une grosse tuméfaction dure et un peu mamelonnée. Depuis un mois le malade a des crachats sanguinolents. La narine gauche est totalement obstruée, la droite ne peut inspirer et souffle avec peine.

Séances de radiothérapie (Dr Barjon) qui semblent faire un peu diminuer les ganglions sans agir sur la tumeur.

2 mai. — Application de radium (48 milligrammes pendant 48 heures) au moyen d'un tube placé dans une sonde de Nélaton introduite par le nez et ressortant par la bouche (Mme Moutet) ; le tube est maintenu en place contre la tumeur par de grosses mèches introduites par le nez.

11 mai. — Le malade a beaucoup craché par le nez pendant quatre jours. Il se sent très dégagé et respire par les deux narines. Brûlure assez marquée du cornet inférieur et un

peu douloureuse lorsqu'il se mouche. Le voile est devenu mobile presque autant à gauche qu'à droite : la rhinoscopie postérieure est possible. Il n'y a qu'un ganglion à droite ; le paquet gauche a nettement diminué.

9 juillet. — Le malade va bien, est totalement dégagé pour le nez, respire bien ; se laisse cathétériser et entend bien. A la rhinoscopie postérieure : plus de tumeur, on voit la trompe un peu aplatie. A la rhinoscopie antérieure : saillie de la lèvre postérieure de la trompe en faisant dire « i ». Céphalée occipitale et dans la région gauche. Les ganglions gauches ont augmenté et forment un paquet peu mobile.

26 septembre. — Le malade dit qu'il a vu brusquement double en juillet et a été soigné par le docteur Jacqueau. Paralyse nette de l'abducens. Œil un peu saillant et dur au toucher. Crises douloureuses dans moitié de la tête. Fourmillements douloureux allant du front au palais. La tumeur pharyngée paraît récidiver ; le voile est plus épais ; la rhinoscopie postérieure montre un gonflement de la paroi qui paraît un peu exulcérée. Le malade mouche des mucosités tachées de sang, mais respire bien.

8 octobre. — Nouvelle application de radium (48 milligrammes pendant 48 heures) comme la première fois.

19 octobre. — On note à la place de la tumeur une surface blanche nettement réduite de volume ; brûlure du voile du palais. Mais les douleurs persistent, les ganglions sont volumineux et il s'est développé un gros ganglion prétragal gauche.

9 décembre. — De petites applications de courte durée ont été faites en novembre sur les ganglions (Mme Moutet) ; ceux du cou diminuent un peu et sont plus mobiles ; le ganglion prétragal a presque disparu. Les céphalées sont toujours violentes. On radiographie le sinus maxillaire gauche qui est obscur (Dr Barjon). On emploie successivement calmants et hypnotiques.

22 février 1919. — Même état. Le malade respire bien, l'odorat est revenu. La rhinoscopie postérieure montre une petite masse arrondie et ulcérée grosse comme une noisette en avant de la trompe. Les névralgies violentes ont disparu, mais les céphalées persistent.

11 mars. — Brusquement aggravation. La vision a presque disparu à gauche : globe saillant, dur et douloureux à la pression. Paralyse de la langue et du voile du palais du côté gauche. Paralyse du récurrent gauche avec corde rouge en position médiane. Parésie de la face à gauche. Perte étendue de la sensibilité du trijumeau sur la joue et le front ; hypoesthésie du cuir chevelu. Léger écoulement de l'oreille gauche. Le malade a un peu de vertige et se trouve ébrié. Pas de paralyse du sterno-mastoidien ni du trapèze. Les souffrances sont moins fortes.

26 mars. — Paralyse faciale complète. Parésie de la moitié gauche du pharynx.

29 mai. — Le malade meurt brusquement. La propagation au cerveau avait depuis quelques jours occasionné de vives douleurs et de l'obnubilation.

Ni examen histologique, ni autopsie.

OBSERVATION VI (résumée)

(MM. SARGNON et MOREL, de Romans)

Tumeur maligne (d'apparence sarcomateuse) de la paroi latérale gauche du naso-pharynx chez un homme de 43 ans. — Spécificité très douteuse. — Surdité, vertiges, bourdonnements du côté gauche. — Exagération des réflexes rotuliens, paralysies oculaires, névralgie du trijumeau. — Ganglions. — Echec du traitement spécifique. — Radiumthérapie : amélioration des symptômes fonctionnels auditifs. — Mort par propagation crânienne. — Pas d'examen histologique.

M. P..., 43 ans. Coxalgie dans l'enfance, spécificité très douteuse.

Gêne pour avaler depuis déjà trois ans, inflammation nasale et naso-pharyngée, ganglions du cou à droite, qui disparaissent par l'arsenic, puis récidivent surtout à droite. Troubles oculaires depuis février 1919 : diplopie gauche qui disparaît après quinze piqûres de cyanure de mercure, puis

paralysie du droit externe gauche, puis du droit externe droit ; nerf optique indemne.

Radiothérapie et traitement spécifique.

MM. Garel et Nicolas pensent à de la spécificité.

On note encore : exagération des réflexes rotuliens, anesthésie faciale gauche dans les deux branches inférieures du trijumeau avec névralgie faciale gauche, diminution de l'odorat, surdité gauche, bourdonnements, vertiges. Pas de paralysie faciale, ni de paralysie du voile.

19 juin. — On constate une ulcération avec gonflement naso-pharyngé gauche de consistance très dure.

25 juin. — Un traitement spécifique intensif n'ayant pas donné de résultat, application de radium (deux tubes de 25 milligrammes pendant 24 heures sur la tumeur, un tube de 50 milligrammes dans les ganglions du cou). Audition rapidement améliorée, puis redevenue presque normale au bout de huit jours avec disparition des bourdonnements et des vertiges. Respiration nasale gauche améliorée.

Ultérieurement, quatre séances de radiothérapie n'ont rien produit.

Aggravation progressive, état syncopal.

Mort vers le 15 septembre. par généralisation encéphalique.

La biopsie a été impossible.

OBSERVATION VII

(M. LANNOIS)

Sacome de la paroi latérale droite du naso-pharynx chez un homme de 62 ans. — Début par surdité à droite. — Ganglion rétro-maxillaire, mouchage sanguinolent, obstruction nasale. — Radiumthérapie sur la tumeur et radiothérapie sur les ganglions : disparition de la tumeur. — Généralisation au foie. — Mort sans récurrence locale. — Evolution totale en 5 ans.

M. F..., 62 ans, se présente le 20 octobre 1919.

Début semblant remonter à 1915, où le malade, se trouvant

à Nice, eut un coryza qu'il n'a pas traité et qui n'a pas cessé depuis.

En juillet 1918, la malade va à Challes, et a fait des lavages de nez qui passent mal et occasionnent un abcès aigu de l'oreille moyenne gauche pour lequel le docteur Aimond fait une paracentèse. Il s'aperçoit, à cette occasion, qu'il est sourd de l'oreille droite.

Deux mois plus tard, il consulte pour cette surdité un spécialiste qui enlève au rabot une déviation de la cloison, ce qui n'amène aucun changement.

Il y a six mois, apparition d'un ganglion rétro-maxillaire droit : il consulte, il y a trois semaines, le docteur Girod qui l'envoie avec le diagnostic de tumeur rétro-nasale.

Le malade a toujours mal respiré depuis un an, surtout la nuit ; il paraît cependant respirer par les deux narines, ce qui tient à ce que la cloison présente une assez large perforation due à l'ablation de l'arête. Il mouche du sang. En bouchant la perforation, il ne souffle plus par la narine droite.

A la rhinoscopie antérieure : fosse nasale droite totalement obstruée.

A la rhinoscopie postérieure : grosse tumeur latéro-pharyngée obturant complètement la choane droite et empiétant légèrement sur la gauche.

Au toucher elle est dure, ulcérée et saigne.

Le tympan droit est épaissi et enfoncé, le tympan gauche sans cicatrices visibles. La montre est perçue à droite au contact du pavillon, à gauche à 20 centimètres. Weber droit, Schwabach prolongé, Rinne négatif à droite, positif à gauche.

Il y a, sous le sterno-mastoïdien droit un petit paquet ganglionnaire et de petits ganglions assez nombreux le long du cou, ainsi que quelques-uns sus-claviculaires avec une masse plus volumineuse sous le chef claviculaire du sterno-mastoïdien à gauche. Dans le pharynx, se trouve un gros ganglion qui repousse le voile et dépasse en bas le pilier postérieur.

6 novembre. — Application de radium (D^r Nogier) en trois tubes égaux (en tout 155 milligrammes pendant 22 heures et demie) ; deux sont engainés dans un long tube en caoutchouc et placés, l'un horizontalement sous la tumeur, l'autre verticalement le long de la paroi pharyngée et maintenus en

place par un tampon ; une des extrémités du caoutchouc sort par le nez, l'autre par la bouche et elles sont fixées solidement à la joue ; le troisième tube est fiché dans la tumeur à travers une boutonnière faite dans le voile et maintenu par un tampon de gaze.

1^{er} novembre. — Le malade rentre chez lui avec une plaque de brûlure assez étendue du voile et un peu de gêne à la déglutition.

16 décembre. — Le malade vient se montrer. Il a encore une petite plaque de brûlure sur le voile ; la masse est moins dure et moins volumineuse ; il souffle par la narine droite, mais la respiration n'est pas encore très libre. Les ganglions du cou paraissent assez gros, plus nombreux et isolés. L'oreille s'est un peu dégagée et il a entendu sa montre. Il entend celle du professeur Lannois à 1 centimètre. L'état général est bon : il a repris 1 kilo.

14 janvier 1920. — Le malade respire bien par le nez. Il a encore un peu d'obstruction le soir en se couchant. Le cathétérisme est très facile, et après, il entend la montre à 18 centimètres, ce qui montre que la trompe est dégagée. Le ganglion du pharynx est toujours volumineux ; ceux du cou sont peu modifiés et, à droite, se sont étendus jusqu'au creux sous-claviculaire. Il tousse un peu. L'état général est toujours bon.

17 février. — Le malade a eu un écoulement de l'oreille droite, indolore et assez abondant depuis le 6, soigné par le docteur Girod. La toux a augmenté ; la respiration par le nez est normale ; on ne voit plus rien de la tumeur. Le ganglion de la gorge et ceux du cou à gauche ont diminué. Les droits sont stationnaires.

9 mars. — L'état est toujours satisfaisant, mais le malade tousse et maigrit. L'oreille continue à suppurier ; les ganglions augmentent à droite.

Dès le début, le traitement par le radium a été complété par des séances de radiothérapie (D^r Nogier) ; le 8 novembre, le 15 janvier, le 10 mars, sur le côté droit du cou ; le 10 novembre, le 16 janvier, le 9 mars, sur le côté gauche.

13 avril. — Le malade revient se montrer. Il a, depuis la veille, de l'œdème des membres inférieurs et un examen plus

complet montre une généralisation au foie, qui est volumineux, descendant au-dessous du flanc droit, à bords arrondis et bosselés. On sent également des bosselures sur la surface du foie lui-même. Pas de récurrence locale ; l'oreille coule encore ; les ganglions du cou ont plutôt diminué de volume.

Mort fin mai, sans récurrence locale (D^r Girod).

Examen histologique. — Il s'agit d'un sarcome à petites cellules.

Pas d'autopsie.

OBSERVATION VIII

(HERBERT TILLEY)

Sarcome de la paroi latérale droite du naso-pharynx chez un homme de 41 ans. — Début par surdité du même côté, otite catarrhale. — Ganglion cervical supérieur droit. — Névralgie temporale et mastoïdienne, anesthésie légère au niveau du maxillaire inférieur.

Homme de 41 ans. Consulte en avril 1909 pour une surdité de l'oreille droite datant de six semaines. Ni douleur, ni écoulement, ni bourdonnements. L'examen de l'oreille révèle une otite moyenne catarrhale avec liquide dans la caisse. Paracentèse : écoulement d'une sérosité claire et restauration immédiate de l'ouïe, qui baisse le soir même, mais reste meilleure quelques mois.

Avril 1910. — Ouïe très déficiente. Liquide dans la caisse. Paracentèse : léger écoulement, ouïe non améliorée.

Janvier 1911. — Ganglion cervical supérieur droit. On pense à un ganglion tuberculeux (le malade ne présente pas de signes de tuberculose pulmonaire, mais a des antécédents familiaux très chargés). On fait deux injections de tuberculine ; la seconde est suivie d'une pyrexie vespérale qui dure six semaines. Six semaines après cette seconde injection : névralgie des régions mastoïdienne et temporale droites se prolongeant jusqu'au maxillaire inférieur et aux ganglions. Trismus.

Octobre 1911. — Le malade se fait hospitaliser pour l'ablation de son ganglion. L'examen du naso-pharynx révèle une tumeur du côté droit de cette région et l'examen microscopique en fait un sarcome. Disparition du trismus. Diminution de la névralgie (le malade prend de l'aspirine).

Novembre 1911. — Légère perte de la résonnance nasale dans la voix. Surdité marquée de l'oreille droite, léger écoulement et perforation du tympan droit (les épreuves de l'ouïe montrent que la surdité a pour cause une lésion de l'oreille moyenne). Mobilité défectueuse du côté droit du voile du palais (l'extrémité inférieure de la tumeur se voit derrière et au-dessous du bord libre droit du voile). L'examen digital révèle une tumeur lisse circonscrite occupant le côté droit du naso-pharynx, masquant l'orifice tubaire ; la tumeur a pris naissance au-dessous de cet orifice et il y a infiltration de toute la paroi latérale du naso-pharynx jusque sur la ligne médiane. L'anesthésie sur le côté droit du maxillaire inférieur n'est pas très marquée.

OBSERVATION IX

(PIERRE, in Thèse de LAVAL)

Lympho-sarcome de la paroi latérale gauche du naso-pharynx chez un homme de 32 ans. — Début par diminution de l'ouïe, douleurs de l'oreille gauche. — Ablation par les voies naturelles. — Envahissement du voile un mois après l'intervention et mort par asphyxie dix jours plus tard. — Evolution totale en 7 mois environ.

Homme de 32 ans, se plaignant de ne plus entendre depuis quelque temps, d'avoir parfois des douleurs dans l'oreille gauche et de la gêne respiratoire par la narine du même côté. La surdité remonterait à cinq mois et l'insuffisance nasale à l'enfance.

Tympan rétracté, rouge.

A la rhinoscopie antérieure : tumeur rouge, blanchâtre, boss e, fermant la choane gauche. A la rhinoscopie postérieure :

point d'implantation de la tumeur tout à côté du pavillon de la trompe, qu'elle obture en partie ; en hauteur elle ne dépasse pas la choane, elle empiète d'un demi-centimètre à droite de la ligne médiane. Au toucher : volume paraissant dépasser celui d'une reine-claude, consistance ressemblant à celle des végétations adénoïdes. Ce fut là le diagnostic posé ; l'abaissement de toute la moitié gauche du voile frappe cependant l'observateur.

Etat général excellent ; ni troubles de la déglutition, ni troubles de la phonation.

Ablation séance tenante : morcellement à la pince, curettage au couteau de Moritz-Schmidt.

Trois jours après : le malade souffre vivement de l'oreille, le voile reste abaissé.

Trois semaines après, triste état. Paralysie faciale gauche : tous les mouvements sont possibles, mais diminués d'étendue et de force. Voile complètement paralysé. Etat général mauvais, douleurs fixes dans la tempe et l'oreille gauches. Vomissements.

Un mois après l'opération : tumeur énorme ayant envahi le voile.

Dix jours plus tard : mort par asphyxie.

Examen histologique. — Lympho-sarcome.

OBSERVATION X (résumée)

(M. ESCAT, in Thèse de LAVAL)

Epithéliome du pavillon tubaire gauche chez une fille de 28 ans. — Début par diminution de l'ouïe, douleurs auriculaires, catarrhe tubaire. — Cathétérismes répétés sans succès et douloureux. — Evolution rapide par infiltration de la paroi latérale gauche de l'oro-pharynx et de l'espace maxillo-pharyngien.

Fille de 28 ans, vient consulter pour des troubles de l'oreille gauche remontant à trois mois environ : diminution très sen-

sible de l'audition, quelques douleurs auriculaires, sans bourdonnements.

A l'examen du tympan, signes classiques de catarrhe tubaire : dépression considérable, avec effacement complet du triangle lumineux. Weber latéralisé à gauche, Rinne négatif.

A la rhinoscopie antérieure : mucopus dans le fond de la fosse nasale gauche, rien à droite.

A la rhinoscopie postérieure (assez difficile à pratiquer) : mucosités épaisses sur la face naso-pharyngienne du voile et sur la paroi postérieure du pharynx, voûte inexplorée.

On diagnostique : catarrhe naso-pharyngien compliqué de catarrhe tubaire. Badigeonnage à la glycérine mentholée. Cathétérisme très difficile malgré l'application de cocaïne ; les tentatives d'engagement de la sonde sont très douloureuses et sans résultat. La simple douche d'air ne réussit pas non plus à rétablir la perméabilité tubo-tympanique. On prescrit une pommade aristolée et on renvoie la malade à la prochaine consultation.

A la consultation suivante, elle avoue qu'avant de venir elle a fréquenté pendant deux mois environ une clinique de la ville où elle a été soumise, sans succès, à des cathétérismes répétés ; elle a même quitté cette clinique parce que les cathétérismes devenaient de plus en plus douloureux. On tente encore le cathétérisme, mais avec autant d'insuccès que la première fois.

Douleur auriculaire spontanée persistant en l'absence de signes objectifs d'otite moyenne aiguë, le tympan étant simplement déprimé et plutôt anémié que congestionné.

Ces symptômes amènent à l'examen du rhino-pharynx : sur la paroi gauche, tumeur fongueuse de la dimension d'une amande, à grand axe vertical, enveloppant le pavillon tubaire et dont l'extrémité se prolonge sur le pli salpingo-pharyngien.

Ni adénopathie des ganglions rétro-pharyngiens, ni adénopathie des ganglions angulo-maxillaires et cervicaux.

Les proportions relativement considérables de la tumeur, son évolution progressive, l'absence d'accidents secondaires, qui, dans le chancre pharyngien, apparaissent toujours avant la résolution complète de ce dernier, enfin l'absence d'adé-

nopathie font éliminer le diagnostic de chancre du pavillon tubaire secondaire à un cathétérisme infectant.

On songe à l'infiltration syphilitique et on prescrit l'iodure à haute dose et les frictions hydrargyriques. Ce traitement continué plus d'un mois ne donne aucun résultat.

Douleurs d'oreille plus intenses, compliquées de douleurs cervicales et céphalalgiques. Augmentation du volume de la tumeur. On suspend le traitement spécifique et on prélève un morceau de la tumeur. Il s'agit d'un épithéliome (Rispal). Traitement arsénical intensif.

Marche rapide. Etat lamentable. Infiltration non seulement de la paroi latérale gauche du naso-pharynx, mais aussi, de l'oro-pharynx, de l'espace maxillo-pharyngien. La tumeur pharyngée fait corps avec d'énormes ganglions cervicaux. Dysphagie considérable. Atroces douleurs des régions parotidiennes, auriculaires et temporales.

La malade est perdue de vue.

OBSERVATION XI

(LAVAL)

Tumeur maligne (d'apparence épithéliomateuse) du pavillon tubaire gauche chez un homme de 56 ans. — Début par surdité et bourdonnements. — Ecoulement nasal muco-purulent, ganglion sous-angulo-maxillaire gauche, puis droit.

R..., 56 ans, employé d'octroi, vient à la consultation se plaignant d'insuffisance respiratoire nasale.

Il y a un an environ, ce malade a éprouvé des troubles auditifs intermittents : surdité, bourdonnements.

Il y a six mois la fosse nasale gauche se boucha et par la narine correspondante se mit à couler une sécrétion muco-purulente, louche et sanieuse.

Il y a trois ou quatre mois apparut un gros ganglion sous-angulo-maxillaire du côté gauche. Actuellement il a les dimensions d'un marron.

Depuis quinze jours environ, le malade s'est aperçu de l'apparition d'un ganglion symétrique à droite, de la grosseur d'une amande.

A la rhinoscopie antérieure : en arrière de l'extrémité postérieure du cornet inférieur, bourgeon grisâtre.

A la rhinoscopie postérieure : tumeur fongueuse rougeâtre de la dimension d'une petite amande, couvrant le pavillon de la trompe.

Le malade ne s'est pas représenté à la visite.

OBSERVATION XII

(M. VERNET)

Tumeur maligne du pavillon tubaire droit chez un homme de 39 ans. — Début par diminution de l'audition à droite et obstruction tubaire. — Ganglions angulo-marillaires droits. — Syndrome du trou déchiré postérieur. — Métastase au niveau de l'os temporal gauche, cachexie.

Cost..., 39 ans, employé au P.-L.-M., se présente pour la première fois en juillet 1916, se plaignant de diminution de l'audition à droite, avec signes d'obstruction tubaire de ce côté.

Pas de douleurs. Traité par le docteur Bellin et moi-même, d'août à décembre 1916, à l'Hôpital militaire, il se trouve d'abord soulagé par des cathétérismes de la trompe d'Eustache.

A la rhinoscopie antérieure et postérieure, rien d'anormal.

En février 1917, le malade se plaint de ne pas respirer aussi bien qu'avant, du côté du nez. Une résection d'une crête de la cloison nasale, à droite, et de la tête du cornet inférieur hypertrophiée n'amène pas d'amélioration.

En juillet, le malade revient avec une otite moyenne suppurée droite, qui guérit d'ailleurs sans incident, en une dizaine de jours. Nous le revoyons quelque temps après.

En octobre, pour la première fois, une petite masse blanchâtre apparaît à la rhinoscopie postérieure, en arrière de

la trompe d'Eustache à droite. Cette tumeur est lisse avec quelques arborisations roses ou violettes à sa surface.

En décembre, la néoplasie tubaire s'est développée, et on note quelques ganglions cervicaux et angulo-maxillaires du côté correspondant.

Vers la fin de décembre 1917, apparition d'une paralysie du voile du palais à droite, de la corde vocale droite; du pharynx du même côté. Il y a, en effet, de la régurgitation nasale des liquides, de la difficulté à la déglutition des aliments solides et on note de l'enrouement. Au niveau du pharynx, on constate le mouvement de rideau traduisant la paralysie de l'hémiconstricteur droit. Il y a de l'hyperes(hésie du voile, du pharynx, du larynx à droite. Un peu de toux, pas de salivation. Rien à la langue.

En mars 1918, le malade, qui a été régulièrement suivi, présente les mêmes symptômes avec un amaigrissement considérable qui le contraint à quitter son travail. Au niveau du pharynx, la tumeur apparaît plus développée, refoulant un peu le voile à droite, mais sans tendance à saigner. L'adénopathie a augmenté de volume. Il y a eu pendant quelques jours de l'œdème du côté droit de la face et du crâne, lequel a rétro-cédé spontanément. Une métastase est apparue au niveau de l'os temporal gauche, tumeur dure, étendue, douloureuse. La langue reste indemne. La cachexie fait de rapides progrès. L'issue ne s'est pas encore produite, mais elle est proche.

OBSERVATION XIII

(G. DIDIER)

Tumeur de la paroi latérale droite du nasopharynx chez une femme de cinquante ans. — Début par surdité de l'oreille droite. — Amaigrissement, asthénie, mouchage de mucopus verdâtre. — Syndrome du trou déchiré postérieur. — Radiumthérapie: pas de résultats. — Mort.

Julie Des..., 50 ans, ménagère, se présente le 1^{er} avril 1920 à la consultation d'oto-rhino-laryngologie de l'hôpital Saint-

Joseph, pour de l'enrouement, des troubles de la déglutition, et, d'autre part, pour une surdité très forte de l'oreille droite.

La malade fait remonter le début de ses accidents à une grippe qu'elle a eue en décembre. Depuis cette époque, les troubles ont été en augmentant. Il y a, de plus, amaigrissement, inappétence, faiblesse générale, s'accroissant de jour en jour.

L'examen objectif décèle une tuméfaction considérable dans le cavum. On en voit l'extrémité inférieure dans l'oro-pharynx. Le voile du palais est soulevé et immobilisé du côté droit.

La rhinoscopie antérieure montre une perforation circulaire ancienne de la cloison ayant l'apparence d'un ulcère simple de Hajek, et, dans le fond de la fosse nasale droite, une tuméfaction ulcérée, sanieuse, recouverte de muco-pus. La néoformation occupe dès maintenant tout le côté droit du pharynx nasal. Il n'y a jamais eu d'épistaxis, mais par contre un mouchage abondant de muco-pus verdâtre.

Le tympan droit est bleuté et très enfoncé, ce qui s'explique facilement par l'obstruction complète de la trompe.

L'hémilarynx droit est immobilisé. La corde vocale est en position médiane.

Il s'agit vraisemblablement d'une néoplasie pharyngée maligne, sarcome ou épithéliome. Néanmoins on pratiqua un Wassermann; le résultat est négatif, d'ailleurs aucun antécédent spécifique ne peut être reconnu.

La malade est revue le 20 avril. La néoplasie a fait des progrès considérables. Elle occupe maintenant tout le côté droit de l'oro-pharynx, repoussant le voile qui est immobilisé.

Les troubles de la déglutition ont augmenté; c'est alors que nous observons d'une manière parfaite un mouvement de rideau de la paroi postérieure du pharynx vers la droite, signature de la paralysie du glosso-pharyngien. La titillation de la luette et le chatouillement de la paroi pharyngée postérieure n'amènent pas de nausées. La malade se plaint maintenant d'être obligée de cracher perpétuellement. Peut-être n'y a-t-il pas salivation exagérée, mais seulement dysphagie, et conséquemment expulsion des sécrétions buccales.

Il existe une toux sèche, insupportable, survenant surtout après des efforts vains de déglutition. Rien à l'auscultation. Le pouls est très accéléré (138 pulsations, au moment de l'exa-

men). Le fait le plus intéressant est une paralysie du spinal externe typique, existant certainement depuis longtemps et passée inaperçue au précédent examen. Il existe une atrophie considérable du trapèze droit, l'épaule est tombante, la clavicule saillante. La masse musculaire du trapèze saisie par son bord supérieur entre le pouce et l'index et comparée à l'autre côté est diminuée de moitié. Le sterno-cléido-mastoidien n'est plus qu'un cordon sans consistance. La rotation de la tête vers la gauche est difficile.

La tumeur est ponctionnée au trocart, sans succès.

La malade subit un traitement radiumthérapique, qui ne donne aucun résultat; elle n'est plus revue dans le service.

Le décès survient dans le courant du mois de juin 1920.

OBSERVATION XIV (résumée)

(Edw. LAW)

Surdité et troubles de l'oreille droite comme premiers symptômes d'un épithéliome partant de la trompe d'Eustache.

Malade âgé de 37 ans. Se plaint depuis 9 mois de surdité de l'oreille droite avec douleurs et sens de plénitude dans l'oreille. Pendant la marche il percevait nettement le bruit de ses pas dans l'oreille droite.

L'oreille présente une surdité de l'appareil transmetteur. Le cathétérisme de la trompe est impossible.

Un ganglion tuméfié se sent dans le cou.

La rhinoscopie postérieure permet de reconnaître une infiltration indistincte de la trompe d'Eustache.

Laryngotomie. Résection temporaire du maxillaire supérieur. La tumeur naît dans la fossette de Rosenmüller et est en train d'infiltrer la trompe.

Quelques jours plus tard excision du ganglion du cou.

Le malade continue à souffrir, la surdité est restée stationnaire.

OBSERVATION XV (*résumée*)

(CITELLI)

Adénocarcinome de la paroi latérale du nasopharynx

La malade vient pour bourdonnements d'oreille à gauche et diminution de l'ouïe depuis 3 à 4 mois. Plus récemment, vertiges.

Violente rétraction du tympan gauche et seulement rétraction insignifiante du tympan droit. Voix chuchotée à gauche, 1 mètre; à droite, 4 mètres.

Catarrhe hypertrophique du nez. Rhinoscopie postérieure sans résultat (à cause de la nervosité de la patiente). On conclut à un cas ordinaire de catarrhe rhinopharyngé avec extension à la trompe et à l'oreille moyenne.

Trois mois après, nouvelle visite pour aggravation des troubles de l'ouïe. Douleurs violentes de l'oreille droite avec irradiations dans la moitié de la tête et du cou. Voix chuchotée à gauche, 1/2 mètre. Après anesthésie (cocaïne et adrénaline), la rhinoscopie postérieure montre derrière le bourrelet de la trompe une tumeur à surface régulière, rosée, non encore ulcérée.

OBSERVATION XVI (*résumée*)

(OPPIKOFEK)

Carcinome simple de la paroi latérale du nasopharynx

Depuis 7 mois, dureté de l'oreille droite, douleurs occipitales, faciales et apicales à droite, principalement insupportables la nuit.

A l'examen de l'oreille : ouïe normale à gauche, exsudat dans l'oreille moyenne droite. Paracentèse renouvelée à plusieurs reprises sans résultats. Le diapason indique une maladie propre à l'oreille moyenne droite. Les rhinoscopies antérieure et postérieure sont normales, l'orifice tubaire est normal.

Traitement antinévralgique sans résultat.

Neuf mois après le début, gêne de la respiration nasale, parole nasonnée. Sur la paroi latérale droite du cavum : masse bosselée et saignante. Orifice tubaire et partie inférieure de la choane droite cachés. Moitié droite du voile repoussée en avant, légèrement, dure comme une planche au toucher. Léger trismus. Ganglions durs le long du cou et du sterno-cléido-mastoïdien droit. Mouvements actifs et passifs de la tête gênés. Troubles de la déglutition.

Un an et demi après le début, mort par cachexie sans symptômes cérébraux.

• CHAPITRE III

CONSIDÉRATIONS ANATOMIQUES ET ANATOMO-PATHOLOGIQUES

Avant d'aborder l'étude proprement dite des tumeurs du naso-pharynx à point de départ péritubaire, il nous paraît utile de rappeler certaines données anatomiques qui sont d'une importance capitale. On verra, en effet, qu'ici il y a une dépendance remarquable entre l'anatomie et la clinique.

Le rhino-pharynx appartient aux voies aériennes supérieures ; c'est une cavité ayant la forme d'un tuyau de poêle conique, ouvert à ses deux extrémités, et faisant communiquer les fosses nasales, qui sont en haut et en avant, avec le pharynx buccal et le larynx, qui sont en bas et en arrière ; latéralement la cavité du rhino-pharynx communique avec celle de l'oreille moyenne par l'intermédiaire de la trompe d'Eustache.

Pour la commodité de la description on considère le rhino-pharynx comme grossièrement cubique et on lui distingue six parois :

1^o Une paroi antérieure qui répond aux choanes ou orifices postérieurs des fosses nasales ;

2^o Une paroi postérieure en rapport avec l'arc antérieur de l'atlas ;

3^o Une paroi supérieure ou voûte qui se continue avec la précédente par une courbe douce et répond à la face inférieure du corps du sphénoïde et à l'apophyse basilaire de l'occipital ;

4^o Une paroi inférieure, habituellement virtuelle, réelle seulement pendant la déglutition où elle est formée par la face supérieure du voile ;

5^o Deux parois latérales, les plus importantes pour nous et sur lesquelles nous insisterons particulièrement.

Les parois latérales du naso-pharynx présentent chacune un orifice, qui est l'orifice pharyngien de la trompe ou pavillon tubaire. La forme de cet orifice varie avec l'âge ; elle est quelquefois elliptique, souvent triangulaire. Il est limité en avant par un repli muqueux, le pli salpingo-palatin ; entre ce repli et les fosses nasales se trouve la gouttière naso-pharyngienne. Il est limité en arrière par un nouveau repli, plus saillant, à la fois muqueux et cartilagineux, assez mou cependant, le bourrelet de la trompe qui se continue en bas par le repli salpingo-pharyngien ; entre le bourrelet et la paroi postérieure du naso-pharynx se trouve une dépression ou fossette de Rosenmüller. Enfin au-dessous de l'orifice tubaire, entre les deux replis décrits précédemment, il y a une légère saillie de la muqueuse qui correspond à l'insertion du muscle péristaphylin interne ou releveur du palais.

La trompe d'Eustache s'étend de cette paroi latérale du naso-pharynx à la partie antéro-supérieure de la caisse du tympan en suivant un trajet oblique en arrière, en dehors et en haut. Elle comprend deux portions : une portion tympanique ou osseuse, une portion pharyngienne ou fibro-cartilagineuse. La portion tympanique est un canal osseux qui fait partie de la portion pneumatique de la pointe du rocher que traversent également le canal carotidien et celui du muscle du marteau ; elle suit la scissure de Glaser. La portion pharyngienne est constituée par une charpente fibro-cartilagineuse, formée de deux lames, une lame cartilagineuse qui occupe la partie postéro-intérieure du conduit, une lame fibreuse qui en occupe la partie antéro-externe. Dans cette portion pharyngienne la trompe a des rapports importants ; en avant et en dehors elle est croisée par le nerf maxillaire inférieur à sa sortie du trou ovale, elle est aussi en rapport avec le muscle péri-staphylin externe qui la sépare du muscle ptérygoïdien interne ; en arrière et en dedans elle répond au muscle péri-staphylin interne et à la muqueuse du pharynx soulevée à ce niveau par le bourrelet tubaire. De la structure de la trompe il faut encore retenir que la lame cartilagineuse est constituée par des pièces multiples soudées entièrement ou plus ou moins unies par du tissu fibreux, que la lame fibreuse donne naissance à des fascia qui s'insinuent entre les muscles péri-staphylins et ptérygoïdien interne.

Les muqueuses de la paroi latérale du naso-pharynx et de la trompe sont la continuation l'une de l'autre. Des glandes leur sont annexées et elles présentent aux

abords du pavillon tubaire un grand nombre de follicules clos.

Les lymphatiques de la trompe d'Eustache et ceux du naso-pharynx constituent un réseau commun ; ils aboutissent aux ganglions rétro-pharyngiens et par leur intermédiaire aux ganglions supérieurs de la chaîne carotidienne. Ces lymphatiques sont aussi en relation avec d'autres groupes ganglionnaires ; Krause a décrit entre autres au niveau du trou déchiré postérieur de petits ganglions qui seraient tributaires des lymphatiques du pharynx.

Nous avons en vue dans notre travail une étude essentiellement clinique ; aussi ne retiendrons-nous que les quelques notions anatomo-pathologiques dont nous ne pouvons nous passer.

Il est aujourd'hui classique de diviser les tumeurs malignes en deux groupes : les épithéliomes, dérivant du tissu épithélial ; les sarcomes, dérivant du tissu connectivo-vasculaire.

Ceci posé, nous pouvons revenir sur ce terme de « tumeur maligne à point de départ péritubaire » qui figure en tête de notre travail, et en préciser la signification. Nous entendons désigner ainsi les néoformations qui prennent leur origine dans la paroi latérale de la cavité naso-pharyngée au niveau du pavillon tubaire et qui sont constituées par un tissu pathologique à caractère envahissant tel que celui d'épithéliome ou de sarcome. Nous laissons ainsi de côté les néoplasies nées des autres parois du cavum et à plus forte raison celles des régions avoisinantes (fosses nasales et annexes, pha-

rynx buccal, cavité cranienné) qui s'étendent secondairement aux parois du naso-pharynx. Nous éliminons également par notre définition toute tumeur, dite bénigne, susceptible de présenter à un moment donné une transformation maligne.

Si les termes « sarcome », « épithéliome » ont une signification aujourd'hui bien définie, il n'en est pas de même du terme « endothéliome » que nous relevons chez différents auteurs (Spangenberg, Trotter). Nous ferons appel, au cours de ce travail, à la description que Trotter a donnée des « endothéliomes de la paroi latérale naso-pharyngée » et il est donc nécessaire de dire ce que l'auteur anglais entend par « endothéliome ». Au début de sa description il donne une classification en cinq groupes des diverses tumeurs malignes qu'on peut rencontrer dans le cavum ; le quatrième groupe est relatif aux sarcomes de la paroi latérale qui renferment, selon lui, des formes homogènes à cellules rondes, à cellules fusiformes, et une forme alvéolaire, l'endothéliome. Ainsi l'endothéliome de Trotter rentre dans la grande division des sarcomes.

Seul l'examen histologique peut indiquer exactement la nature d'une tumeur. Dans les observations que nous rapportons il n'a pas toujours été fait ; toutes les fois qu'il manque nous mettons en tête le titre « tumeur maligne » en indiquant ensuite, entre parenthèses, l'allure « sarcomateuse » ou « épithéliomateuse », suivant les cas, de la tumeur. Ainsi nous ne préjugeons pas de la nature que seulement le microscope peut indiquer, mais nous tenons compte cependant des renseignements que la clinique nous fournit.

CHAPITRE IV

ÉTIOLOGIE

Fréquence.

Les tumeurs malignes du naso-pharynx, ainsi que nous l'avons déjà fait remarquer, ont passé longtemps pour exceptionnelles, mais cette opinion s'est peu à peu démentie. Parmi les derniers travaux parus on trouve en effet une statistique d'Oppikofer (1913) qui en réunit 271 cas. Il s'agit donc là d'une affection, qui est loin d'être rare, bien que son importance soit moindre que celle des tumeurs du nez ou de la gorge.

Il faut cependant faire preuve d'une certaine circonspection quand on se trouve en présence des chiffres produits par les auteurs. Le fait que les malades sont souvent vus pour la première fois alors que la tumeur a atteint un grand développement et s'est propagée aux régions voisines, empêche souvent d'apprécier exactement son origine. Il existe des cas décrits comme tumeurs naso-pharyngiennes qui concernent

des tumeurs provenant en réalité d'une autre région. La réciproque est également vraie. Beaucoup de tumeurs décrites comme tumeurs primitives du ganglion de Gasser ne sont autres que des tumeurs de la paroi latérale du naso-pharynx propagées vers le trou ovale (Trotter). De même il est un certain nombre de ganglions indurés du cou dont la véritable origine est méconnue et qui doivent leur existence à ces tumeurs (Tilley). On trouvera parmi nos observations le cas d'un homme qui, atteint d'otite moyenne droite présentait quelque temps après un ganglion cervical supérieur du même côté ; comme cet individu avait dans sa famille des antécédents bacillaires très chargés on pensa à un ganglion tuberculeux et on le traita par la tuberculine ; quelques mois plus tard le malade se fit hospitaliser pour l'ablation du ganglion et l'examen du cavum révéla une tumeur de la paroi latérale.

Points d'insertion.

En ce qui concerne la fréquence des tumeurs péri-tubaires malignes par rapport à celles des autres parties du naso-pharynx on arrive à l'importante question du point d'insertion. Si, comme le fait remarquer le docteur Jacod, on veut sortir de la confusion qui règne actuellement dans la description des tumeurs malignes du cavum, si on veut dégager plus nettement les divers types cliniques réunis jusqu'à présent en un seul, il s'agit d'examiner de plus près et plus précocement le point d'implantation.

On possède relativement peu de renseignements à ce

sujet. Il est, en effet, souvent difficile ou même impossible de déterminer avec exactitude l'origine de ces tumeurs pendant la vie, surtout quand elles ont atteint un développement important, ce qui est fréquemment le cas quand on voit le malade pour la première fois.

Quand il est fait mention de leur origine, ces tumeurs proviennent habituellement de la paroi postérieure ou supérieure ou de la paroi latérale. Au sujet de la préférence pour l'une ou l'autre de ces parois les avis sont partagés. Sendziak donne comme plus fréquente l'insertion à la paroi supérieure (amygdale de Luschka) ou à la paroi postérieure (2^e et 3^e cervicales) et comme plus rare l'insertion à la paroi latérale. Suivant Kelsey et Brown ces tumeurs naissent la plupart du temps de la voûte (base du sphénoïde) tandis qu'une faible proportion apparaît dans la paroi latérale.

Il semble préférable de distinguer entre sarcome et épithéliome et d'étudier séparément leur topographie initiale. « On peut dire sans se tromper, écrit Soucy dans son travail, que les tumeurs de la région latérale du naso-pharynx sont généralement des épithéliomes. » Pauliac fait aussi de l'épithéliome une tumeur habituellement localisée à la région tubaire ou à la région choanale. Les épithéliomes de la paroi latérale ne sont en effet pas rares ; nous en trouvons des cas chez la plupart des auteurs, qui ont publié des travaux sur les tumeurs du naso-pharynx, et nous en reproduisons quelques-uns recueillis chez Laval, Citelli, Oppikofer. On y fait du reste de moins en moins attention et aujourd'hui on ne se donne la peine de les publier que si l'observation présente une particularité nouvelle ; nous

en avons un exemple dans les observations de Vernet et de Didier (Obs. XII et XIII). D'après Citelli, les épithéliomes ont presque toujours leur point de départ sur la paroi latérale soit derrière le bourrelet tubaire, soit plus loin en haut près de la portion latérale de la voûte. Ils proviennent de l'épithélium de surface de la muqueuse et de l'épithélium glandulaire.

Pour les sarcomes, Pauliac donne comme habituelle l'insertion à la voûte et à la paroi postérieure et comme rare l'insertion latérale. Ce dernier point de départ n'est pas aussi exceptionnel qu'on serait tenté de le croire en lisant les travaux classiques : nous apportons un certain nombre d'observations de sarcomes à point de départ pérītubaire. De son côté, Trotter relate huit cas opérés et cinq ou six autres observés dans diverses circonstances et en conclut que ces sarcomes alvéolaires, qu'il appelle endothéliomes, sont la tumeur maligne la plus commune dans le naso-pharynx et que, presque toujours, ils siègent sur la paroi latérale au niveau de l'orifice tubaire. Nous pouvons donc dire que les sarcomes se forment non seulement aux dépens des trousseaux fibreux de l'apophyse basilaire, comme on l'admet généralement, et du cordon fibreux de l'hypophyse pharyngée, origine sur laquelle Ferreri et Citelli ont attiré l'attention, mais aussi aux dépens du tissu fibreux qui environne la trompe d'Eustache.

Age.

Les tumeurs malignes du naso-pharynx constituent une affection de l'âge adulte, bien qu'on puisse les ren-

contrer à toutes les époques de la vie. On a signalé comme âges extrêmes 3 ans 1/2 (Brault) et 84 ans (Patterson). Selon Pauliac, ces tumeurs obéissent à la loi qui fait du sarcome une tumeur des jeunes et de l'épithéliome une tumeur des vieux, c'est-à-dire que le sarcome évolue plutôt entre 20 et 40 ans et l'épithéliome entre 40 et 60 ans. En réalité il n'y a pas de règle absolue. Trotter, à propos des cas d'endothéliomes de la paroi latérale qu'il a observés, donne les âges-limites de 18 à 35 ans comme comprenant la majorité des cas. Les observations de sarcomes de la trompe d'Eustache ou de la paroi latérale que nous relatons concernent toutes, sauf une (Obs. IV), où le malade était âgé de 35 ans, des individus ayant franchi la quarantaine. Trois avaient dépassé 60 ans parmi lesquels deux avaient atteint 68 ans (Obs. II et III).

Sexe.

Un fait indiscutable, mais qui n'a cependant pas été confirmé par les observations de Compaired, est la très grande fréquence avec laquelle les hommes son atteints par rapport aux femmes. Laval indique 8 femmes pour 60 hommes ; Soucy 24 femmes pour 126 hommes, ce qui correspond à une proportion à peu près équivalente à celle des cancers de la bouche. Kelsey et Brown indiquent chez l'homme 75 % des cas d'endothéliomes. A propos de ceux qu'il a vus, Trotter signale ce fait important : il n'a rencontré qu'un cas chez une femme. Fait curieux également : nos observations de sarcomes péri-tubaires concernent toutes des hommes.

Antécédents.

La question des antécédents touche à l'étiologie générale du cancer ; aussi nous contenterons-nous de la poser sans même en aborder la discussion. Dans peu de cas on trouve des antécédents néoplasiques héréditaires (Kelsey et Brown). Quel rôle attribuer aux causes d'irritation locale, aux inflammations antérieures, répétées ou chroniques, rhino-pharyngites, hypertrophie des cornets (Obs. III et XII), déviations de la cloison (Obs. I et VII) qu'on retrouve fréquemment dans les antécédents personnels, à la syphilis ? Pour Ferreri, l'importance pathogène de ces irritations chroniques est évidente. En parlant de l'influence du sexe, nous avons signalé précédemment l'analogie, qui existe entre les tumeurs du cavum et celles de la bouche ; faut-il, poussant plus loin l'analogie, incriminer le rôle joué par le tabac et en particulier cette habitude qu'ont les fumeurs de cigarettes de rejeter la fumée par le nez ?

CHAPITRE V

SYMPTOMATOLOGIE

Nous distinguerons trois périodes : période de début, période d'état, période d'envahissement. Cette division habituelle des descriptions cliniques, appliquée aux tumeurs du naso-pharynx, est vraiment arbitraire, les différentes périodes n'étant pas nettement distinctes et chevauchant toujours plus ou moins les unes sur les autres, mais elle est cependant nécessaire pour la clarté de l'exposition. Il suffira d'être averti pour ne pas lui donner un sens par trop absolu.

I. — Période de début

Symptômes auriculaires.

Très souvent le malade fait remonter le début de l'affection à un coryza (Obs. I, II et VII). Mais la première manifestation évidente des tumeurs péritubaires consiste en des troubles de l'ouïe ; il est vrai que coryza et signes auriculaires sont souvent simultanés (Obs. II). Dans les cas où le malade vient trouver le médecin pour

d'autres symptômes, par exemple pour des troubles nerveux (Obs. IV), on peut toujours se rendre compte par l'interrogatoire que les troubles de l'ouïe ont été les premiers en date. Très précoces, ils apparaissent avant même que la rhinoscopie postérieure n'ait montré quelque chose d'anormal (Obs. XII).

Ils se manifestent par des signes subjectifs et la plupart du temps c'est pour eux que le malade vient consulter. Il se plaint d'une diminution unilatérale de l'ouïe. Cette hypoacousie est variable ; en général elle est d'abord intermittente, puis elle devient continue, augmentant progressivement d'intensité. Quelquefois la surdité est presque complète d'emblée ; dans un cas elle est venue en vingt-quatre heures (Obs. II). Mais la diminution de l'ouïe n'a pas nécessairement un caractère saillant ; elle peut ne pas attirer l'attention et demande à être recherchée avec soin. Les malades ne s'en inquiètent guère ; quand on les interroge on s'aperçoit que l'hypoacousie remonte à plusieurs semaines, très souvent même à plusieurs mois. Dans certains cas, le médecin la découvre par hasard ; le malade de l'observation VII fait un abcès de l'oreille moyenne gauche, qui nécessite une paracentèse, et à cette occasion le spécialiste s'aperçoit qu'il est sourd de l'oreille droite.

Les bourdonnements sont fréquents, légers ou intermittents. Il y a parfois du retentissement de la voix, une sensation de plénitude dans l'oreille. Un malade d'Edw. Law, atteint d'épithélioma du pavillon tubaire, percevait très nettement le bruit de ses pas pendant la marche.

Les épreuves de l'ouïe pratiquées à cette époque montrent une lésion de l'appareil de transmission. Le Weber est latéralisé du côté malade, le Rinne est négatif, le Schwabach est prolongé.

Les signes objectifs sont fournis par l'examen du tympan et de la trompe. L'aspect du tympan est modifié. Il n'est pas rouge, il peut conserver sa transparence ; sa surface peut être brillante, bleutée, collodionnée. Habituellement il est déprimé, le manche paraît mince et plus saillant, le triangle lumineux n'a plus sa forme normale. On fait le diagnostic de catarrhe tubaire, d'otite catarrhale avec ou sans épanchement.

Le cathétérisme de la trompe est possible, mais d'une façon inconstante. Quand il réussit, il permet de distinguer des bruits humides, caractéristiques de l'obstruction tubaire. Dans l'observation II, on ne put faire le cathétérisme la première fois, mais à un autre essai pratiqué quatre jours plus tard on y parvint et l'air entrant dans la trompe fit entendre une crépitation neigeuse.

Quand il y a épanchement, la paracentèse amène l'écoulement d'une petite quantité de liquide citrin et elle est en général suivie d'un rétablissement immédiat de l'ouïe. Mais, fait important, le cathétérisme ne soulage que temporairement le malade, dix jours dans l'observation II, et on est amené à le renouveler (Obs. V et X). De même la paracentèse produit une amélioration passagère, mais variable : une semaine (Obs. II), quelques mois (Obs. VIII). Nous reviendrons, du reste, sur ces points à la période suivante.

Symptômes naso-pharyngés.

Nous avons signalé la fréquence avec laquelle les malades font remonter le début de l'affection à un coryza. Cette rhinite doit être distinguée des rhinites banales qu'on retrouve souvent dans les antécédents personnels ; c'est une réaction de la muqueuse nasale, contemporaine des premiers troubles auditifs, et elle a la valeur d'un véritable coryza symptomatique.

A la période de début les signes fonctionnels naso-pharyngés sont très légers, la gêne de la respiration nasale est souvent nulle. Il est, en effet, rare que le malade vienne consulter pour des troubles de ce genre et, quand le cas se produit (Obs. XI), on s'aperçoit encore ici que les troubles auditifs ont ouvert la scène. Du reste, en se plaçant à un point de vue plus général et en ne tenant pas compte du lieu d'origine de la tumeur, il est évident que chez les individus à pharynx bien développé elle peut atteindre une grosseur importante avant que l'un ou l'autre des côtés du nez ne soit obstrué au point de conduire le malade chez le médecin. Trotter établit une distinction entre les tumeurs faisant nettement saillie dans le cavum et celles où ce développement polypoïde est absent ; les endothéliomes de la paroi latérale appartiennent à cette dernière classe et dans aucun cas ne produisent d'obstruction marquée du cavum. Le malade de l'observation I, dont l'otalgie remontait à trois mois et l'hypoacousie à trois semaines, n'accusait qu'une légère gêne de la respiration nasale du côté malade et encore là s'agissait-il de sarcome à évolution rapide. Dans l'observation de Ver-

net (Obs. XII), les troubles de l'ouïe amènent le malade chez le médecin en juillet 1916 et c'est seulement en février 1917 qu'il se plaint de ne pas respirer aussi bien qu'avant du côté du nez. Enfin, dans certains cas, cette gêne respiratoire pourra être due à une cause autre que le néoplasme : déviation de la cloison (Obs. VII), hypertrophie des cornets (Obs. III). Un malade de Pierre présentait des troubles auditifs gauches et de la gêne respiratoire du même côté, mais, tandis que la surdité datait de cinq mois, l'insuffisance nasale remontait à l'enfance, la tumeur ayant probablement succédé à un état adénoïdien.

Il est un signe fonctionnel que l'on signale chez la plupart des auteurs comme fréquent et précoce dans les tumeurs malignes du naso-pharynx, ce sont les épistaxis. Dans la plupart des observations de tumeurs péri-tubaires que nous rapportons, nous ne retrouvons pas ce symptôme ; dans l'observation XIII son absence est même soulignée par ces mots : il n'y a jamais eu d'épistaxis. Quand les épistaxis existent ils sont habituellement tardifs (Obs. VII).

A cette période également les signes physiques fournis par l'examen du cavum ne sont pas toujours très nets ; ils sont même souvent inexistants (Obs. XII et XVI). Lorsque la rhinoscopie postérieure est négative et qu'à la simple inspection le cavum paraît normal, le toucher devient d'une importance capitale et permet un diagnostic plus précoce. Mais le plus souvent quand nous voyons le malade c'est moins près du début et la rhinoscopie, pratiquée avec soin, fournit déjà quelques renseignements. La rhinoscopie antérieure montrera.

fréquemment une muqueuse nasale rouge du côté malade ; si cette inflammation atteint les deux côtés elle prédominera là où siège la tumeur.

La rhinoscopie postérieure sera un peu différente suivant qu'il s'agit d'un sarcome ou d'un épithéliome. Dans le premier cas, on constate que la muqueuse du cavum est d'un rouge brun ou d'un rouge violacé, tendue ; mais cette rougeur est unilatérale, localisée au pavillon tubaire, tranchant avec l'aspect normal du côté opposé ; le pavillon paraît lui-même légèrement déformé, un peu tuméfié, parfois recouvert de mucosités ou même de croûtes sanguinolentes. Cet aspect fait penser à la syphilis (Obs. II) ou à une infection banale par un cathétérisme (Obs. I), mais le traitement spécifique ou le traitement médical ordinaire restent sans résultat. S'il s'agit d'un épithélioma, on constatera au niveau de la trompe une petite masse blanchâtre ou d'un gris rosé, plutôt légèrement chagrinée que lisse et obturant plus ou moins le pavillon.

Le toucher fixera sur le volume de la tumeur qui peut atteindre à la fin de cette période le volume d'une amande et même d'une reine-claude. La consistance sera plus ferme que celle des végétations adénoïdes, élastique s'il s'agit d'épithéliome, donnant l'impression d'une dureté ligneuse si l'on a à faire à un sarcome.

Symptômes nerveux.

Dès le début le malade se plaint de douleurs plus ou moins violentes du côté atteint. Il accuse de la lourdeur de tête, de la céphalée temporale, des douleurs

lancinantes qu'il rapporte à la région de l'oreille. En général ces douleurs ne peuvent s'expliquer par le peu de symptômes inflammatoires observés au début et ce caractère a une grande importance au point de vue du diagnostic.

Dans la description générale qu'il donne des tumeurs naso-pharyngées, Aboulker signale un mode de début qu'il appelle forme otalgique ; elle est due à des irradiations douloureuses comme il s'en produit dans les ulcérations de la langue, du larynx ou du pharynx. Nous retrouvons cette otalgie dans la description clinique des tumeurs péricubaires, mais elle s'y accompagne des troubles de l'ouïe que nous avons énumérés précédemment.

Dans les endothéliomes qui naissent au niveau du bord antérieur de la trompe, la douleur est relativement précoce et limitée à la sphère du nerf maxillaire inférieur (oreille, mâchoire inférieure, langue). Comme elle est très sévère et que c'est un phénomène en apparence isolé, les autres symptômes étant très légers ou étant considérés comme sans rapport avec elle, on fait ordinairement le diagnostic de névralgie du trijumeau (Trotter). On cite même un cas où le lien rattachant la névralgie à une cause organique était si ténu que le malade fut traité pendant un certain temps par la suggestion.

Triade de Trotter.

Avant de passer à la période d'état il faut encore signaler un symptôme un peu spécial et qui a été indiqué par Trotter comme symptôme de début des endothéli-

mes péricubaires. Il s'agit d'un trouble de la motilité du voile du palais dont le mécanisme diffère de celui qui est familier aux neurologistes. Pendant son élévation les deux moitiés du voile sont symétriques, à l'état de repos elles sont asymétriques ; en effet, la moitié correspondant au côté malade ne peut s'abaisser par suite de l'impossibilité de se détendre où se trouve le muscle releveur infiltré par la tumeur.

L'association de ce symptôme (trouble de la motilité du voile du palais) et de deux autres symptômes que nous avons décrits précédemment (surdité, névralgie de la 3^e branche du trijumeau), ces trois symptômes apparaissant d'un même côté, constitue ce que Marschik appelle la triade de Trotter. D'après Trotter, qui, le premier, a attiré l'attention sur ce point, elle serait pathognomonique des tumeurs malignes du bord antérieur de la trompe et de la saillie du releveur.

II. — Période d'état

A la période d'état les troubles constatés au début se développent en même temps que des signes nouveaux apparaissent, témoignant de l'accroissement et de l'extension du néoplasme. La symptomatologie de la tumeur péricubaire va tendre vers la symptomatologie générale des tumeurs du naso-pharynx, mais elle conservera encore ce caractère spécial qu'elle doit à son point de départ particulier.

Symptômes auriculaires.

L'otite moyenne catarrhale unilatérale dont la véri-

table nature a pu passer inaperçue a évolué d'une façon torpide. Les cathétérismes tentés à chaque nouvelle visite du malade sont restés sans succès et devenus de plus en plus douloureux (Obs. X) ; les paracentèses répétées, jointes au traitement habituel, n'ont pas amené la guérison. La surdité que ces manœuvres semblaient influencer favorablement, quoique passagèrement au début, est devenue constante ; les bourdonnements sont plus intenses ; il peut même parfois y avoir du vertige. Du côté du tympan l'aspect du début n'a guère varié, la membrane est peut-être un peu plus épaissie, toujours rétractée. Enfin, si des ulcérations se produisent au niveau de la tumeur, l'otite deviendra suppurée et un écoulement purulent s'établira.

Symptômes naso-pharyngés.

La gêne de la respiration nasale augmente, mais peut rester unilatérale pendant toute l'évolution de la maladie. Le malade éprouve une sensation de corps étranger dans le naso-pharynx et le pharynx, analogue à celle que donne l'hypertrophie postérieure des cornets. Il a de l'enchifrènement, sa parole est nasonnée, ses sensations olfactives sont plus ou moins diminuées (Obs. VI). Il mouche, il crache des mucosités sanguinolentes, muco-purulentes et fétides s'il y a des ulcérations.

A la rhinoscopie antérieure on peut apercevoir la tumeur obstruant la choane correspondante, plus rarement les deux.

A la rhinoscopie postérieure on suivra, si on a soin de la répéter souvent, le développement de la tumeur ;

elle a augmenté de volume et vient du côté atteint au contact du cornet inférieur et du voile. S'il s'agit d'un sarcome, le pavillon tubaire est comme projeté dans le cavum ; la tumeur est dure au toucher, paraissant lisse ; elle refoule la muqueuse qui est plus ou moins infiltrée, mais non ulcérée, saignant peu. Si elle saigne, le sang provient de la rupture d'un vaisseau de la muqueuse congestionnée alors que dans l'épithéliome il provient plutôt de l'ulcération. Cependant des ulcérations peuvent apparaître tardivement dans les sarcomes à longue évolution. S'il s'agit d'un épithéliome, l'infiltration en surface est plus étendue ; la muqueuse n'est pas lisse, elle est fongueuse, bosselée, saignante ; les ulcérations sont précoces, recouvertes d'un exsudat purulent ; au toucher la consistance sera molle ou résistante, mais sans avoir la dureté du sarcome.

Symptômes nerveux.

Les douleurs que nous avons constatées au début augmentent progressivement, s'accroissant en intensité et en étendue ; c'est à la fois le résultat d'irradiations nerveuses et de la poussée du néoplasme vers la profondeur. Le malade les rapporte au naso-pharynx, à l'oreille ; il les ressent dans les régions temporale, mastoïdienne et même jusque dans la nuque et au niveau du cou. Elles sont parfois très profondes, vers la base du crâne. La souffrance du malade devient intolérable, l'empêchant de dormir et n'étant pas toujours soulagée par de fortes doses de morphine. En un mot, ce qui caractérise ces douleurs, c'est leur diffusion et leur intensité.

Il est un symptôme, que nous n'avons pas retrouvé, mais qui est signalé par certains auteurs, et que nous pouvons placer à la suite des troubles nerveux : c'est la toux. Il s'agirait, en effet, d'une véritable toux réflexe dont l'origine est au niveau de la paroi latérale du naso-pharynx et de la trompe (Könisberg et Lugani).

Adénopathie.

Mais le symptôme nouveau, qui donne sa physionomie particulière à la période d'état, c'est l'adénopathie. Elle est un phénomène constant dans les cas anciens. Très tardive dans le sarcome, nous ne la voyons pas signalée dans l'observation III où le malade a été suivi jusqu'au dénouement fatal. Précoce dans l'épithéliome, elle peut atteindre un très grand développement et même masquer entièrement les symptômes de la tumeur primitive. Dans certains cas, la nature de l'adénopathie peut rester longtemps insoupçonnée (Obs. VIII) ; dans d'autres, c'est l'adénopathie qui attirera l'attention sur le naso-pharynx (Obs. V et VII).

L'anatomie nous indique le siège des ganglions atteints : les ganglions rétropharyngiens (Obs. VII) et les ganglions rétro-maxillaires constituent les premiers relais et sont les premiers envahis. Mais d'ordinaire ce sont surtout les derniers qu'on observe ; cependant l'existence des autres ne passera pas inaperçue à un observateur attentif et pourra se manifester par des compressions nerveuses.

L'examen de l'oro-pharynx ne révèle rien très souvent ; quelquefois on verra pointer la tumeur derrière le

voile qu'elle déborde ou qu'elle repousse en avant. Nous avons signalé ce trouble très précoce de la motilité du voile indiqué par Trotter ; l'élévation du voile qui était possible à la période précédente devient défectueuse par la suite, mais ce trouble reste unilatéral et il faut attacher une certaine importance à cette asymétrie du voile.

III. — Période d'envahissement

Les tumeurs malignes ont tendance à gagner les régions voisines du point où elles ont pris naissance, en envahissant les tissus de proche en proche, plus ou moins rapidement. En même temps elles peuvent se généraliser à tout l'organisme en donnant des métastases qui se font par voie lymphatique ou sanguine. Cette propagation aux régions voisines et cette propagation à distance caractérisent la période d'envahissement.

Propagation par contiguïté.

La tumeur maligne péritubaire pourra se propager suivant quatre directions différentes : vers la voûte, vers le pharynx buccal, vers les fosses nasales, latéralement. La propagation à travers la voûte dans la cavité crânienne est très rarement observée à cause de la résistance et de l'épaisseur des os et de la possibilité d'accroissement par les voies naturelles ou par les fissures latérales des os du crâne et de la face. Nous ne nous étendrons pas sur la propagation vers le pharynx buccal qui consiste dans l'envahissement du voile, de la

paroi latéro-pharyngée, de la fosse ptérygo-maxillaire, ni sur la propagation vers les fosses nasales qui se traduit par l'envahissement du nez, des sinus, de l'orbite. Décrire les troubles qui résultent de ces propagations nous entraînerait trop loin.

La plus intéressante des propagations est la propagation latérale. Hallade, qui a plus particulièrement étudié ces questions de propagation, mais dont le travail concerne surtout les tumeurs de la voûte, en signale cependant l'existence. Pauliac rapporte, d'après Clerc, une observation de lympho-sarcome qui s'était fait jour le long de la trompe et faisait saillie par le conduit auditif externe ; M. Lannois (com. orale) a observé autrefois un cas identique. Soucy note également que la trompe peut être infiltrée dans toute sa longueur, que la caisse peut même être envahie et qu'il en résulte des troubles otiques s'accompagnant de vertiges.

Nous avons vu comment ces endothéliomes qui se développent dans la paroi latérale du naso-pharynx donnaient ce curieux syndrome, dit triade de Trotter, décelant l'atteinte de la trompe d'Eustache, du releveur du palais et du nerf maxillaire inférieur, organes extrêmement voisins. Plus tard le néoplasme, s'étendant en profondeur en même temps qu'il pointe vers l'oro-pharynx et vers les fosses nasales, va infiltrer le muscle ptérygoïdien interne et, gênant ainsi ses mouvements, donnera du trismus. Il va se propager vers le trou ovale ; les troubles nerveux ne restent plus cantonnés à la sphère du nerf maxillaire inférieur et atteignent les autres branches du trijumeau (douleurs, anesthésies).

Dans d'autres cas la tumeur s'est développée le long de la trompe cartilagineuse, puis dans le canal de la trompe osseuse et vient faire irruption dans la fosse cérébrale moyenne. Cette propagation particulière aux sarcomes de la trompe d'Eustache a été signalée par M. Lannois et bien étudiée par le docteur Jacod. Les observations III, IV et V en présentent des exemples typiques. Arrivée dans le canal de la trompe osseuse la tumeur laisse de côté la portion postérieure du rocher qui est compacte ; on sait, en effet, que l'os paraît constituer, au moins pendant quelque temps, un obstacle relatif pour le sarcome. Elle traverse alors la portion pneumatique de la pointe, zone fragile par excellence, et débouche ainsi dans la fosse cérébrale moyenne au niveau d'un carrefour vasculo-nerveux que le docteur Jacod appelle carrefour pétro-sphénoïdal et où on rencontre côte à côte, au moment où ils vont s'engager dans les orifices de la base du crâne : le nerf trijumeau, les nerfs moteurs oculaires, le nerf optique. L'atteinte de ces nerfs par la tumeur se traduira par une série de symptômes réunis par le docteur Jacod sous le nom de syndrome du carrefour pétro-sphénoïdal. On retrouvera dans nos observations et en particulier dans l'observation III les divers éléments de ce syndrome. La névralgie du trijumeau s'y manifeste par des douleurs violentes de la face et la constatation des points de Valleix, par des troubles de la sensibilité sous forme de zones d'hypoesthésie de la joue, du cuir chevelu (Obs. V). Une ophtalmoplégie partielle ou totale avec diplopie, avec ptosis, avec limitation des mouvements du globe oculaire, avec dilatation et immobilité pupillaires, symp-

tômes que nous voyons tous réunis dans l'observation III, avec exophtalmie légère (Obs. V) traduira l'atteinte des moteurs oculaires ; dans certains cas, il y aura même des troubles trophiques du côté du cristallin et on observera un début de cataracte (Obs. III). Le nerf optique étant également touché, la vue baissera plus ou moins rapidement, en quelques mois, jusqu'à l'amaurose. Tels sont les éléments de ce syndrome du carrefour pétro-sphénoïdal, qui est unilatéral : névralgie du trijumeau, ophtalmoplégies, amaurose. Les sarcomes de la trompe d'Eustache étant habituellement des tumeurs à évolution rapide, ce syndrome pourra, dans certains cas, apparaître précocement alors que les symptômes du début, troubles de l'ouïe et signes nasopharyngés n'ont pas encore attiré l'attention (Obs. III et IV) et prendre ainsi le caractère d'une affection primitive. La connaissance de ce point sera très utile au diagnostic et permettra de préciser le point de départ de troubles qui décèlent une affection intra-cranienne.

Lorsque la tumeur aura pénétré dans la cavité du crâne elle s'y conduira comme une tumeur de la base de l'encéphale dont les signes s'ajouteront à ceux précédemment constatés. Nous n'avons pas à entrer dans les détails de cette symptomatologie qui ne présente du reste ici rien de particulier. D'autres fois la tumeur, après avoir pénétré dans la cavité crânienne, en ressortira. Dans l'observation IV, il est apparu à la fin une tuméfaction de la région temporale indiquant que la tumeur était ressortie du crâne et avait pénétré jusqu'au-dessous du zygoma. Elle peut aussi s'extérioriser secondairement par l'orbite (Lannois).

Propagation par voie sanguine.

La propagation à distance se fait par voie lymphatique ou par voie sanguine, la première étant plutôt propre à l'épithéliome, la seconde au sarcome. Nous ne croyons pas que les tumeurs péritubaires aient un mode de généralisation différent de celui des autres tumeurs naso-pharyngées. Les métastases autres que les métastases ganglionnaires ne paraissent pas extrêmement fréquentes. Parmi toutes nos observations nous ne relevons que deux généralisations : une généralisation au foie (Obs. VII) et une métastase osseuse au niveau de l'os temporal (Obs. XII).

Propagation par voie lymphatique.

Nous avons déjà parlé des adénopathies qui caractérisent la période d'état et qui atteignent les ganglions rétro-pharyngiens et rétro-maxillaires. Ces ganglions pourront, surtout dans les épithéliomes et dans les lympho-sarcomes, acquérir un développement considérable faisant courir au malade, par les troubles de compression vasculaire ou nerveuse qu'ils causent, un danger plus grand que celui dont le menace la tumeur elle-même (Laval). L'engorgement ganglionnaire pourra, dans certains cas, atteindre le volume d'un poing ; on verra même parfois néoplasme et ganglions ne former qu'une seule masse, sans solution de continuité (Obs. X). A leur tour d'autres adénopathies apparaîtront au niveau de la clavicule, au niveau de l'aisselle, de la face, du côté opposé.

Divers auteurs, MM. Lannois et Molinié, Vernet, Di-

dier ont attiré l'attention sur la propagation possible aux ganglions de Krause dont nous avons signalé l'existence au niveau du trou déchiré postérieur.

Leur engorgement donnera naissance à un syndrome de compression des nerfs cheminant à ce niveau (glosso-pharyngien, pneumo-gastrique et spinal) c'est-à-dire au syndrome dénommé par Vernet syndrome du trou déchiré postérieur. Nous en retrouvons les divers éléments dans les observations XII et XIII : mouvement de rideau de la paroi postérieure du pharynx, troubles de la sensibilité pharyngée indiquant l'atteinte du glosso-pharyngien ; toux quinteuse, troubles de la sensibilité du voile traduisant celle du pneumo-gastrique ; enfin les paralysies du voile du palais, de la corde vocale correspondante, la tachycardie, l'atrophie du trapèze et du sterno-cléido-mastoïdien sont caractéristiques de l'atteinte du spinal interne et du spinal externe. L'existence possible de ce syndrome du trou déchiré postérieur dans les néoplasies péricubaires est intéressante à signaler. Si, au cours de ces affections, un syndrome de la base du crâne est avant tout la conséquence d'une propagation directe de la tumeur naso-pharyngée (on sait que ce genre de propagation est surtout propre aux sarcomes), il peut aussi être sous la dépendance d'une propagation lymphatique (propagation plus particulière aux épithéliomes).

CHAPITRE VI

ÉVOLUTION ET PRONOSTIC

Terminaison.

La mort est l'aboutissant des tumeurs malignes du naso-pharynx. Nous ne prétendons pas cependant nier la possibilité d'une guérison : on en trouvera des cas relatés dans la thèse de Soucy. Nous sommes même persuadés qu'avec un diagnostic et une thérapeutique plus précoces, qu'avec les perfectionnements apportés à cette nouvelle méthode de traitement qu'est la radiumthérapie, les guérisons deviendront plus fréquentes. Mais en l'état actuel des choses elles sont si exceptionnelles, elles sont si sujettes à caution, beaucoup de cas publiés résistant mal à une critique serrée et concernant plutôt des survies que des guérisons, qu'on peut presque en faire abstraction.

Dans 10 des 16 observations de tumeurs péricubaires relatées dans ce travail, les malades ont été suivis jusqu'au dénouement; dans les 10 cas la mort est survenue

après une plus ou moins longue évolution : ni l'exérèse, ni le radium n'ont permis de l'éviter. Dans 2 autres observations (Obs. X et XII) l'état du malade est tel que l'issue fatale, bien qu'elle n'ait pas été constatée, est évidente.

Quel est le mécanisme de cette mort ? Elle est produite par des causes variées. La cachexie, due à l'intoxication néoplasique ou à l'état d'inanition et jointe aux douleurs atroces qui empêchent tout sommeil, tue peu à peu le malade (Obs. IV et XIII). Dans d'autres cas, il meurt par asphyxie à la suite de l'envahissement nasal et bucco-pharyngé (Obs. IX), par troubles de la déglutition. On a signalé également l'exitus par compression ganglionnaire, par hémorragie. La généralisation semble, dans certains cas, être la cause directe de la mort (Obs. VII). Mais il faut placer en première ligne le rôle joué par la propagation crânienne ; ce prolongement agit comme une tumeur de la base de l'encéphale : des paralysies brusques peuvent se produire et la mort apparaît comme plus ou moins subite (Obs. III, V et VI).

Evolution.

Laval et Soucy indiquent sept ans comme durée maxima de l'évolution des tumeurs malignes du nasopharynx. Selon Oppikofer, elle varie entre deux mois et sept ans, la moyenne se trouvant beaucoup plus près du premier extrême que du second. Koschier a publié un cas d'une telle rareté qu'il mérite d'être signalé ; il s'agit d'une femme de 42 ans qui toléra pendant neuf ans un carcinome, histologiquement constaté à plu-

sieurs reprises et pour lequel l'opération avait été refusée.

Dans certains cas il faut être circonspect. Laval signale la difficulté qu'il y a parfois à savoir quand a commencé le cancer, en particulier chez les individus qui présentent de l'insuffisance nasale depuis l'enfance (Obs. IX) et où la néoplasie a succédé à l'adénoïdisme.

Dans les descriptions classiques on distingue trois modes d'évolution des tumeurs malignes naso-pharyngées : forme latente, forme rémittente, forme rapide. Nous n'avons jamais rencontré la forme rémittente dans nos observations ; dans toutes, une fois les premiers signes apparus, ils se sont développés plus ou moins rapidement et, si certains ont paru régresser ou même disparaître, c'est seulement sous l'influence du traitement (Obs. III, V et VII).

Dans la forme latente peuvent rentrer les cas des observations VII et VIII. Dans la première, le début semble remonter à un coryza qui apparut en 1915 et qui ne cessa pas depuis ; mais c'est seulement par hasard qu'on constate la surdité et il n'est pas possible de savoir à quelle époque ont commencé les troubles de l'ouïe ; la tumeur naso-pharyngée est diagnostiquée à la fin de septembre 1919 et à partir de cette date la marche de l'affection est suivie pas à pas jusqu'à la mort qui survient en mai 1920, c'est-à-dire après une évolution ayant duré environ 5 ans. Dans la seconde observation, la surdité débute en mars 1909 et c'est seulement en octobre 1911 qu'on constate l'existence de la tumeur, qui, un mois plus tard, pointe dans l'oro-pharynx ; l'observation s'arrête là, elle ne dit pas

à quel moment s'est produit l'exitus, mais elle montre qu'au bout de deux ans et huit mois le malade était encore vivant. Les deux cas que nous venons de ranger dans la forme latente concernent des sarcomes.

En général, l'évolution est moins lente et on peut dire que la majorité des cas appartiennent à la forme rapide. Les sarcomes de la trompe d'Eustache décrits par Jacod y ont droit à la première place ; ils évoluent en effet excessivement vite : nous en avons des exemples frappants dans les observations I, II, III et IV où la maladie a duré cinq à neuf mois. Commentant l'observation I, qui concerne le premier cas de ce genre observé par lui, le docteur Jacod s'exprime ainsi au sujet de l'évolution : « Elle nous a déconcerté ; nous avons fait opérer notre malade six semaines après le début des symptômes subjectifs, trois semaines après avoir vu pointer la tumeur, alors qu'il n'existait aucune adénopathie cervicale ; l'opération a été aussi large que possible ; cependant, un mois après l'intervention, il se produisit une récurrence dans les ganglions de la chaîne carotidienne et, malgré l'ablation de ceux-ci, une récurrence dans le naso-pharynx après un nouveau mois de tranquillité. » Dans l'observation de Didier (Obs. XIII) l'évolution de la tumeur, dont il manque un examen histologique, fut de six mois. Nous trouvons dans d'autres observations des évolutions de dix-huit, dix-neuf mois et plus. Entre la forme latente et la forme rapide il peut du reste y avoir tous les degrés.

Pronostic.

Après les données précédentes concernant l'évolution

et la terminaison des tumeurs péritubaires, il est facile de conclure. Leur pronostic est très grave : la guérison est l'exception, la mort est la règle, mais ce dénouement fatal se produira à une échéance plus ou moins rapprochée.

Il est difficile d'indiquer les éléments qui permettront de prévoir la longueur de la survie. La nature de la tumeur, sarcome ou épithéliome, ne saurait entrer en ligne de compte ; nous avons vu, en effet, que les sarcomes pouvaient être rangés tantôt dans la forme lente, tantôt dans la forme rapide ; en parcourant les auteurs on se rend compte qu'il en est de même pour les épithéliomes. Laval pose comme principe que la rapidité de l'affection est habituellement en raison inverse de l'âge ; les observations que nous rapportons ici ne nous permettent pas d'avoir une opinion à ce sujet, ne concernant ni des individus trop jeunes, ni des individus très vieux. Le pronostic des survies est avant tout sous la dépendance du traitement et on trouvera au chapitre spécial qui lui est consacré l'exposé des résultats qu'il permet d'obtenir.

CHAPITRE VII

DIAGNOSTIC

Diagnostic positif

Quand il s'agit d'un cancer, c'est une notion classique que les effets de la thérapeutique et, par suite, l'amélioration du pronostic sont dans un rapport étroit avec la précocité du diagnostic. Les tumeurs malignes péritubaires ne font pas exception à la règle et c'est donc à la période de début que leur diagnostic sera intéressant.

Les données étiologiques ne seront pas d'une grande utilité. Ni l'âge ni le sexe ne peuvent entrer en ligne de compte. Le diagnostic est basé sur des signes fonctionnels et sur des signes physiques ; les premiers nous fournissent une présomption et nous amènent à rechercher les seconds, qui, seuls, donnent la certitude. L'étude que nous venons de faire de la symptomatologie nous permettra de ne pas insister sur les termes de ce diagnostic positif.

Signes fonctionnels.

Parmi les signes fonctionnels nous rappellerons la très grande précocité des troubles de l'ouïe (hypoa-cousie, bourdonnements), l'unilatéralité des symptômes jusqu'à une période très avancée de la maladie, l'absence fréquente de certains symptômes (épistaxis, obstruction nasale) considérés habituellement comme propres aux tumeurs malignes du naso-pharynx, l'intensité des douleurs contrastant avec le peu de symptômes inflammatoires observés au début.

Il faudra se souvenir que les tumeurs përitubaires évoluent longtemps sans produire de gêne marquée de la respiration nasale, que les signes auditifs, s'ils sont toujours les premiers en date, peuvent, dans certains cas, ne pas être saillants et demandent à être recherchés avec soin : ils peuvent être masqués par une adénopathie cervicale précoce et volumineuse ou par des troubles nerveux intenses.

Toutes les fois qu'on aura établi que, parmi les symptômes constatés, la diminution de l'ouïe était le premier apparu, si l'examen de l'oreille montre qu'il est dû à la présence de sérosité dans la caisse du tympan, si la guérison n'est pas obtenue par des paracentèses répétées, jointes au traitement habituel, il faudra songer à l'existence d'une tumeur përitubaire.

Un diagnostic précoce nécessite donc l'examen du cavum même chez un malade présentant un symptôme en apparence banal (diminution de l'ouïe, ganglion cervical, névralgie faciale). On évitera ainsi des erreurs comme celles que nous avons signalées précédemment.

Cet examen indiqué quand on se trouve en présence de troubles de l'ouïe d'origine naso-pharyngée, le sera à plus forte raison si à ces troubles s'associent des troubles nerveux tels que des névralgies du trijumeau ou un syndrome de la base du crâne, ou s'ils coexistent avec une adénopathie cervicale et en particulier des ganglions rétro-maxillaires indurés, troubles nerveux et ganglions siégeant du même côté que les symptômes auditifs.

Signes physiques.

Les signes physiques sont fournis par l'examen du cavum qui comprend deux modes d'investigation, l'inspection et la palpation, autrement dit la rhinoscopie et le toucher. Ils demandent tout au moins au début à être recherchés avec soin.

De la rhinoscopie antérieure il ne faut pas attendre grand'chose. Quant à la rhinoscopie postérieure, elle renseignera sur le siège de la tumeur, permettant, si on la répète souvent, d'en suivre, pour ainsi dire au jour le jour, le développement.

Mais une rhinoscopie postérieure négative ne doit pas faire écarter le diagnostic de tumeur. Il est, en effet, des cas où la néoplasie ne fait pas saillie dans la cavité du rhino-pharynx et où elle infiltre seulement la paroi latérale. On sera alors obligé de recourir au toucher qui fournit des indications que la simple inspection au moyen du miroir ne peut donner. Grâce à ce procédé d'investigation, dont on ne saurait trop signaler l'importance, on appréciera la consistance de la paroi naso-pharyngée, le point d'implantation exact

de la tumeur, l'étendue de son infiltration en surface. Le toucher est une opération délicate ; il peut déterminer des hémorragies et nécessite la cocaïnisation préalable. Trotter prétend même que quelquefois, si on veut obtenir un diagnostic certain tout en restant prudent, il ne peut être pratiqué sans l'emploi de l'anesthésie générale.

Un examen clinique doit toujours être complété par les examens de laboratoire, toutes les fois qu'il sera possible. Il faudra donc faire une biopsie et le microscope renseignera sur la nature histologique de la tumeur. Lors de l'excision la prudence est recommandée. Enfin les Allemands ont particulièrement insisté sur la nécessité de pratiquer l'examen du sang ; il permet de différencier les états pseudo-leucémiques, dont s'accompagnent certains sarcomes, des leucémies vraies.

Diagnostic de la variété

Si, par leur point de départ et par leur symptomatologie, les tumeurs malignes péritubaires constituent un type particulier et relativement homogène, elles ne présentent pas moins certaines variétés cliniques qu'il est utile de distinguer les unes des autres. Nous avons déjà indiqué au cours des pages précédentes la plupart des caractères séparant les épithéliomes et les sarcomes, les sarcomes de la trompe d'Eustache et les endothéliomes de la paroi latérale du naso-pharynx. Nous les rappellerons brièvement ici.

L'épithéliome est une tumeur s'étendant en surface, infiltrant la muqueuse qui ne reste pas lisse, qui de-

vient grisâtre, qui prend un aspect chagriné ; l'épithéliome saigne facilement ; son ulcération est précoce, sanieuse, irrégulière ; précoce également est l'adénopathie ; enfin il a plutôt tendance à émettre des prolongements faciaux.

Les sarcomes de la trompe d'Eustache, individualisés par le docteur Jacod, sont des tumeurs profondes, n'ulcérant pas la muqueuse qui les recouvre, semblant projeter le pavillon tubaire dans le cavum. Leur évolution est habituellement très rapide. Leur propagation se fait le long de la trompe, vers la base du crâne qu'ils abordent au niveau du carrefour pétro-sphénoïdal ; ils se séparent ainsi nettement des autres sarcomes du cavum qui ont une propagation faciale. Leur évolution se fait souvent sans donner d'anénopathie ni d'ulcération.

Les endothéliomes de la paroi latérale, décrits par les auteurs anglais, prennent naissance au niveau de la lèvre antérieure de la trompe et de la saillie du releveur du palais. Ils se caractérisent par un syndrome précoce, appelé triade de Trotter (surdité, névralgie de la troisième branche du trijumeau, trouble particulier de la motilité du voile), et se propagent également vers la base du crâne.

Diagnostic différentiel

Quand on se trouve en présence des lésions rhinopharyngées que nous avons décrites, la première affection à laquelle on pense est la syphilis (Obs. II et X). Dans un autre cas on incrimine une contamination par le cathétérisme et on soupçonne une infection banale.

du pavillon de la trompe (Obs. I). Les tumeurs malignes péritubaires peuvent également faire croire à d'autres affections.

L'absence d'efficacité du traitement ordinaire, l'évolution torpide, la constatation et la persistance des signes physiques font éliminer le diagnostic d'une affection banale du pavillon.

La syphilis peut atteindre le rhino-pharynx à toutes les périodes. La syphilis primaire était peut-être jadis plus commune que de nos jours. Le « chancre des auristes », qu'on observait alors et qui était un chancre produit par un cathétérisme infectant, n'a plus guère qu'un intérêt historique. L'asepsie a fait disparaître cette lésion, qui s'accompagnait de bourdonnements, d'otalgie, d'adénopathie sous-maxillaire, d'accidents secondaires apparaissant avant sa résolution complète, parfois aussi de symptômes aigus, de fièvre, d'exanthème du pharynx. Le diagnostic de la syphilis secondaire ne présente pas d'intérêt ; les lésions produites sont peu importantes et ne sont jamais isolées. Seule la syphilis tertiaire mérite de retenir l'attention ; le diagnostic différentiel en est très important et très difficile. Une gomme, bien que son lieu d'élection soit le voile du palais, peut apparaître sur la paroi latérale du naso-pharynx et produire du côté de la trompe et de l'oreille moyenne des symptômes fonctionnels et objectifs en tous points semblables à ceux des tumeurs malignes.

Garel raconte à ce sujet une histoire typique. Il voit un jour un individu accusant, comme symptômes fonctionnels, une hypoacousie droite sans lésion de

l'oreille et, du même côté, une gêne de la respiration nasale avec sensation de corps étranger dans le cavum, comme signes objectifs, une tuméfaction volumineuse de la paroi latérale. Pas d'antécédents spécifiques avoués ni reconnus. Le diagnostic de tumeur maligne est posé et un chirurgien est aussitôt consulté qui conclut à une intervention. Elle est acceptée et on prend jour pour l'opération. C'est alors que le docteur Garel apprend indirectement et tout à fait par hasard que la femme du malade a subi, quelques années auparavant, un traitement spécifique. On renouvelle l'interrogatoire du mari, qui était déjà entré à la maison de santé, et pas plus que lors de la première consultation on ne trouve d'antécédents syphilitiques personnels. On le soumet alors à un traitement d'épreuve. Au bout du troisième jour, la gomme, car c'en était une, s'ouvrit et le malade ne tarda pas à guérir.

Ce diagnostic entre le cancer et la gomme est donc extrêmement difficile. Ni les signes fonctionnels, ni les signes physiques ne sont suffisants : l'évolution ne pourra pas non plus entrer en ligne de compte, car, si la gomme évolue rapidement, il en est de même de beaucoup de tumeurs malignes ; d'autre part elle peut acquérir un volume important comme ces tumeurs ; l'examen histologique peut aussi conduire à des erreurs ; quant à la réaction de Wassermann nous n'avons pas à discuter ici sa valeur. Seul le traitement d'épreuve résoudra le problème ; avant de se prononcer, non seulement on a le droit de le faire, mais encore on en a le devoir.

La tuberculose peut donner des lésions au niveau du

pavillon tubaire. On a signalé des ulcérations consécutives à l'emploi d'un cathéter contaminé (?), mais c'est l'infection secondaire qu'on rencontre le plus souvent. Elle est caractérisée, soit par de petites ulcérations miliaires en chapelet, soit par une grande ulcération à bords nets, grise, puis jaunâtre. Le lupus consécutif au lupus du pharynx ou du nez peut s'observer sur la paroi latérale ; ses lésions sont superficielles, se développent lentement et c'est très tard seulement que la perte de substance devient importante.

Nous éliminerons certaines affections rares telles que la morve par l'histoire de la maladie, l'examen bactériologique des sécrétions nasales, ou telles que l'actinomyose par la recherche de l'actinomyces dans ces mêmes sécrétions.

Il n'y a pas que des tumeurs malignes, sarcomes ou épithéliomes, qui apparaissent dans le rhino-pharynx au niveau du pavillon tubaire. Il y naît aussi des tumeurs bénignes ; ce sont habituellement des tumeurs muqueuses ou fibro-muqueuses. Elles ont une évolution bien plus lente, se manifestant par des troubles auditifs d'une très grande variabilité, ces tumeurs étant hygrométriques et très souvent pédiculées.

Le fibrome est une affection des adolescents, à marche lente, ne donnant jamais de ganglions. Il faut cependant se rappeler qu'il y a toutes les formes de transition entre fibromes et sarcomes et que l'examen histologique doit toujours être fait.

L'enchondrome est une tumeur très rare ; elle a une forme arrondie, une dureté presque osseuse, une évolution très lente et ne donne jamais de prolongements.

Enfin, nous n'oublierons pas les tumeurs leucémiques qui se manifestent par des accidents généraux et qui nécessiteront l'examen du sang, ainsi que nous l'avons déjà signalé.

CHAPITRE VIII

TRAITEMENT

De nombreux moyens, procédés chirurgicaux variés, agents thérapeutiques divers, ont été employés pour combattre cette redoutable affection que constituent les tumeurs malignes du naso-pharynx. Des méthodes préconisées, les unes n'ont plus qu'un intérêt historique, les autres ne peuvent convenir lorsque le néoplasme siège sur la paroi latérale. A l'heure actuelle les traitements en faveur peuvent se résumer en deux mots : exérèse et radium.

Traitement chirurgical

Nous commencerons par le traitement chirurgical qui est le plus ancien ; on en trouve un historique très complet dans la thèse de Christophle, depuis laquelle de nouveaux procédés opératoires ont encore été indiqués.

Le traitement chirurgical consiste dans l'ablation de la tumeur et cette ablation doit satisfaire à deux con-

ditions. Elle doit être précoce et se pratiquer autant que possible à la période où l'affection est encore localisée; aussi n'insisterons-nous jamais trop sur l'importance d'un diagnostic fait de bonne heure. Elle doit être large et cela d'autant plus que l'on interviendra moins près du début; elle nécessite donc l'emploi de la voie d'accès donnant le plus de jour sur la région à aborder, en l'espèce la paroi latérale du naso-pharynx.

Les procédés opératoires indiqués pour atteindre le cavum ne manquent point, mais quand il s'agit de sa paroi latérale on s'aperçoit que la plupart donnent une vue par trop insuffisante et doivent être rejetés. Il y a dix-huit ans, Jacques et Bertemès écrivaient dans le « Bulletin de Laryngologie » : « Les tumeurs de la région latérale et du pavillon semblent devoir rester longtemps en dehors des ressources de l'art en raison de leur situation et de la difficulté d'une bonne voie d'accès. » Aujourd'hui encore les règles d'une technique opératoire convenable pour aborder la paroi latérale du cavum demandent à être posées.

Après avoir passé rapidement en revue les différentes voies d'accès du naso-pharynx, nous rechercherons quelle est celle qui convient le mieux quand on a à s'occuper d'une tumeur maligne de la paroi latérale.

Voies naturelles et voies artificielles.

L'ablation d'une tumeur naso-pharyngée peut se faire : 1° par voie naturelle; 2° par voie artificielle, c'est-à-dire après une opération préliminaire.

La première méthode, qui utilise les orifices naturels (narines, gorge), ne convient pas quand il s'agit

de faire une ablation large et quand on a besoin d'avoir une vue suffisante sur la région à aborder.

La seconde méthode comprend de nombreux procédés et utilise des voies d'accès très variées : voie palatine, voie nasale, voie maxillaire, voie transfaciale.

Voie palatine.

Manne (1717) eut l'idée, le premier, d'employer la voie palatine en incisant le voile du palais. Par la suite elle fut modifiée et complétée au moyen de résections osseuses, en particulier par Nélaton (1848). Elle utilise en principe l'incision du voile accompagnée ou non de la résection de la voûte osseuse. Nélaton pratiquait la résection définitive, depuis on lui préfère la résection partielle suivant le procédé de Chalot. C'est une voie, qui ne produit pas de déformation extérieure, ne laisse pas de cicatrices apparentes, mais elle est insuffisante quand la tumeur est volumineuse et la brèche créée ne donne pas assez de jour.

Voie nasale.

On fait remonter l'emploi de la voie nasale à Hippocrate. On pratiqua d'abord des opérations sur les parties molles seulement ; c'est bien plus tard qu'on eut l'idée de les compléter par des résections osseuses définitives, puis temporaires. Ollier (1864) perfectionna la méthode et on utilise habituellement son procédé, qui consiste dans l'ostéotomie verticale et latérale du nez et dans son renversement de haut en bas. Cette voie offre un trajet plus direct et plus court, une ouverture assez

large qu'on ne peut comparer à celle nécessairement limitée de la voie palatine, mais elle laisse des cicatrices apparentes et n'est relativement favorable que pour les tumeurs limitées à la voûte.

Voie maxillaire.

Postérieure en date aux précédentes, la voie maxillaire est basée sur la résection du maxillaire supérieur qui fut pratiquée pour la première fois dans le but d'atteindre le cavum par Syme (1832). Il s'agissait là d'une résection définitive et totale ; une telle opération crée un large passage, mais elle est « choquante », expose à des délabrements considérables, à des difformités et infirmités graves. La résection définitive et partielle (Michaux) ne présente guère moins d'inconvénients que la précédente.

Aussi a-t-on essayé de substituer à ces résections permanentes des résections temporaires soit partielle (Huguier) soit totale (J. Roux). Le premier procédé consiste dans la mobilisation d'une partie de l'os recouvert de ses parties molles, sur un côté faisant charnière, et dans sa réintégration en sa place primitive après extirpation de la tumeur ; dans le second procédé on mobilise l'os tout entier et une partie de l'os malaire. On a reproché à la résection temporaire de ne pas constituer un progrès sur la résection permanente, le maxillaire supérieur ne conservant pas sa vitalité et exposant à des désordres analogues. La résection sous-périostée d'Ollier n'a pas apporté non plus une amélioration et ses résultats n'ont pas paru supérieurs à ceux de la résection pure.

Voie transfaciale.

La voie transfaciale, d'un emploi tout récent, est la combinaison des précédentes, maxillaire et nasale. Elle a été utilisée suivant différentes modalités.

1^o Voie naso-maxillaire (J.-L. Faure). — Ce procédé a fait le sujet de la thèse de Christophe (1903). Il est inspiré de la rhinotomie latérale ; il s'adresse à l'ouverture antérieure des fosses nasales et utilise leurs cavités, mais il nécessite aussi la résection d'un fragment du maxillaire supérieur et utilise la cavité de son sinus.

2^o Voie transmaxillo-nasale (Moure). — Moure a modifié le procédé de Faure dans la thèse de Duverger (1905). Cette modification consiste dans l'extension des résections osseuses ; en effet, dans la méthode de Moure on résèque la paroi antérieure du maxillaire jusqu'à l'os malaire en dehors, la paroi externe de la fosse nasale et le cornet inférieur, les os propres du nez et l'unguis.

3^o Résection fenêtrée du maxillaire supérieur (J. et L. Ducuing). — Tout dernièrement, dans un important article inspiré par Escat, les frères Ducuing (1912) viennent de décrire un procédé qui est une variante de celui de Moure. Les modifications consistent en ceci : l'incision de Moure est prolongée jusqu'à la sous-cloison et divise ensuite par moitié la lèvre supérieure (c'est l'incision de Liston Nélaton pour la résection du maxillaire supérieur moins sa portion horizontale sous-orbitaire) ; la résection osseuse supprime la paroi antérieure du sinus maxillaire, sa paroi interne et les cor-

nets moyen et inférieur, le cornet supérieur et les groupes ethmoïdaux exubérants, la paroi postérieure du sinus maxillaire (suivant les nécessités d'intervention sur la fosse ptérygo-maxillaire). « La résection fenêtrée du maxillaire supérieur offre les avantages suivants : elle ouvre une voie excessivement large qui permet d'intervenir sans grande difficulté sur le sinus sphénoïdal, l'hypophyse, l'apophyse basilaire, le cavum tout entier et l'arrière-fond de la bosse ptérygo-maxillaire ; elle est relativement simple et moins brutale que la résection du maxillaire supérieur ; elle laisse intacts la cavité buccale, l'appareil dentaire tout entier, la statique du globe-oculaire, l'innervation sensitive de la région génienne ; elle donne une cicatrice masquée entièrement par les plis naturels du visage ; elle respecte les saillies osseuses et les dents. » (J. et L. Ducuing.)

4°. Voie transfaciale du côté opposé (Dr Jacod). — Le docteur Jacod vient de pratiquer dernièrement sur le cadavre des recherches dans le but de trouver la meilleure voie d'accès sur la paroi latérale du naso-pharynx pour l'ablation des sarcomes de la trompe d'Eustache. A la suite de ces travaux dont les résultats n'ont pas encore été publiés, le docteur Jacod préconise une méthode nouvelle. Elle consiste dans l'emploi du procédé de Moure dont on conserve l'incision, mais dont on élargit la brèche osseuse par la résection du tiers postérieur de la cloison ; d'autre part, et c'est là où réside toute l'originalité du procédé, cette intervention est pratiquée du côté opposé à celui de la tumeur à atteindre.

Choix d'un procédé opératoire.*

Nous avons éliminé, pour ne plus y revenir, les voies naturelles. Parmi les voies artificielles, la voix palatine et la voie nasale ne donnent qu'un accès trop étroit et rendent en particulier impossibles les investigations sur la trompe d'Eustache. Les voies transfaciales du même côté ne sont pas non plus appropriées à l'ablation des tumeurs de la paroi latérale qu'elles ne découvrent pas suffisamment. Pour ces raisons, nous croyons qu'il faut rejeter les méthodes utilisant ces différentes voies.

La voie maxillaire, si on fait la résection totale du massif maxillo-malaire, donne un jour plus convenable ; elle n'apporte pas de trop grands délabrements, si on a soin de pratiquer la résection temporaire. Cette méthode a été particulièrement étudiée par le docteur Durand à propos du malade de l'observation I et a fait le sujet d'une de ses communications à la Société de Chirurgie de Lyon (1907). Elle a été préconisée par W. Trotter (1911) pour l'ablation des endothéliomes de la paroi latérale du naso-pharynx : « L'opération, dit-il, quoique formidable en apparence, est facile à mener ; elle n'est pas dangereuse en elle-même et ne laisse pas de difformité. » Dans l'observation I, le docteur Durand a eu recours au procédé de J. Roux, imaginé en 1861 par cet auteur et pratiqué une seule fois depuis par Fontan, en 1887. Nous allons, sans nous étendre sur la technique de cette opération, rappeler simplement les principes sur lesquels elle repose, à savoir :

1° Considérer l'os malaire et le maxillaire supérieur comme ne formant qu'un seul et même os ;

2° Inciser les parties molles dans les points seulement qui recouvrent les attaches de ces os avec le crâne et la face ;

3° Briser ces attaches qui sont au nombre de cinq (fronto-jugale, temporo-jugale, orbito-nasale inférieure, ptérygo-maxillaire, intermaxillaire) ;

4° Ecarter les os détachés ;

5° Après ablation de la tumeur, rapprocher et maintenir en place parties dures et parties molles.

Commentant l'opération réalisée par lui et dont on trouvera tous les détails dans l'observation I, le docteur Durand attire spécialement l'attention sur le rôle joué par l'apophyse ptérygoïde : « La donnée qui nous a guidé a été d'enlever, non la tumeur, mais le naso-pharynx. L'apophyse ptérygoïde constitue la clef osseuse du cavum et on doit arriver sur elle, la sectionner pour réaliser cette ablation. J'avais d'abord pensé à la sectionner verticalement de façon à emporter sa lame interne avec le naso-pharynx qui lui adhère, mais la section de son attache à la base du crâne a paru donner plus de jour. » Et il conclut : « Cette intervention, assez effrayante au premier abord, ne semble pas plus grave que ne le sont en général les délabrements de la face, lesquels sont, comme on le sait, de pronostic favorable. La restauration esthétique est satisfaite grâce à la gouttière de Martin. La voie créée par résection temporaire du massif maxillo-malaire est à notre avis parfaitement anatomique et régulière non mutilante. »

Cette voie maxillaire, avec ou sans modifications ap-

portées par M. Durand, a l'avantage d'aborder plus particulièrement les prolongements antérieurs des tumeurs qui nous occupent. Nous croyons de ce fait qu'elle est la méthode idéale pour les épithéliomes dont la propagation est plutôt faciale, ainsi que nous l'avons dit.

La voie transfaciale du côté opposé, du docteur Jacod, donne également, mais d'une façon différente, une vue large sur le naso-pharynx. En effet, en inclinant fortement la tête du patient, la paroi latérale opposée du naso-pharynx est mise dans un plan frontal et, sous l'éclairage d'un miroir, est découverte dans sa totalité. Elle est ainsi vue non plus de profil, mais de face. La cloison nasale seule gêne la vision. En réséquant à la gouge et au maillet le tiers postérieur environ de cette cloison, on peut arriver à découvrir très facilement toute la paroi latérale depuis la fossette de Rosenmüller jusqu'au bord externe de la choane correspondante. La brèche est assez large pour qu'on puisse, à travers elle, pratiquer l'extirpation de la tumeur. Son avantage est de faire une mutilation beaucoup moins importante que la résection même temporaire du maxillaire, tout en donnant un jour plus étendu. Son seul inconvénient est qu'elle ne peut aborder les prolongements antérieurs des épithélioma. Pour ces raisons, nous croyons que cette voie transfaciale du côté opposé à la tumeur, avec résection de la cloison osseuse, rendra d'importants services pour celles des tumeurs qui ne se propagent pas vers la face mais qui se prolongent vers la base crânienne. Nous pensons qu'elle est donc la meilleure voie pour les sarcomes péricrâniens.

Traitement médical

Les divers traitements médicaux employés jusqu'à ces derniers temps n'ont pas donné de résultats encourageants bien que certains auteurs aient signalé des succès ; aussi ne les citerons-nous que pour mémoire.

On a essayé tour à tour les agents médicamenteux les plus divers : injections interstitielles d'alcool (Reich), injections d'adrénaline (Rhodes), de formaline (Qunlan), de cacodylate (Mac Bride), liqueur de Fowler (Heymann), injections intrafessières d'électrocuprol (Jacques). On a eu aussi recours aux agents physiques, électrolyse, rayons X, ces agents étant parfois le complément d'une intervention chirurgicale primitive.

L'introduction récente de la radiumthérapie dans le traitement des tumeurs en oto-rhino-laryngologie a ouvert des horizons nouveaux et les premiers résultats obtenus permettent d'en espérer de meilleurs lorsque les méthodes d'application de la radiumthérapie se seront perfectionnées. Notre Maître, le professeur Lannois, et le docteur Sargnon ont présenté dernièrement, au Congrès de la Société française d'O. R. L. (10 mai 1920), un important rapport où, après un historique très complet, ils ont étudié un très grand nombre de cas personnels. La question est également exposée en partie dans la thèse de notre camarade Martène (Lyon, 1920).

La radiumthérapie comporte des moyens très divers, mais on utilise surtout le contact direct des sels de radium en tubes de Dominici. Ce sont des tubes, habi-

tuellement en platine, de 0^m/_m 5 d'épaisseur, constituant un filtre qu'on renforce par un tube de caoutchouc, par de la gaze ou plus rarement par un tube d'argent et contenant du sulfate de radium. L'application du radium est difficile si on veut obtenir la pénétration intratumorale. Elle peut se faire dans deux cas :

1° Sans intervention ; on opère sous le contrôle du miroir après anesthésie locale à la cocaïne ou à l'adrénaline ; s'il s'agit d'un épithéliome, on fait une application en surface et on maintient le tube par un caoutchouc sans fin buccal, naso-pharyngé et nasal ; s'il s'agit d'un sarcome on introduit le ou les tubes dans la tumeur après avoir fait une courte incision de la muqueuse et constitué un trajet à la sonde cannelée ;

2° Après intervention, on utilise une des méthodes chirurgicales indiquées précédemment et on fait ensuite l'application.

L'application doit être de vingt-quatre heures au moins.

Indications et résultats

Tous les moyens médicaux, radium mis à part, sont impuissants et en dehors de cet agent et de l'intervention chirurgicale on devra se borner à calmer la douleur par des opiacés et du bromure au début, par la morphine et ses dérivés à la fin.

L'indication opératoire sera posée par le diagnostic même de tumeur maligne ; elle devra devancer, si possible, la période cachectique. Les néoplasmes du cavum

sont au début une affection localisée et on a toujours le droit d'espérer par une opération précoce procurer au malade une survie plus ou moins longue. Cependant, il faut malheureusement l'avouer, même dans les cas qui semblent les meilleurs, la récidive est toujours la règle.

Lorsque la tumeur est inopérable, lorsque les ganglions sont engorgés, lorsque les régions voisines ont été envahies par des prolongements, lorsque l'intervention la plus large paraîtra encore insuffisante pour permettre l'ablation de toutes les masses néoplasiques, il faudra recourir à la radiumthérapie. Le radium agit mieux sur les sarcomes que sur les épithéliomes, mais avec les uns comme avec les autres il donne souvent des résultats indéniables (Obs. III, V, VI et VII). Il peut amener la disparition complète de la tumeur comme dans l'observation VII où le malade est mort d'une généralisation au foie. Les malades des observations III et V sont morts par propagation crânienne malgré la destruction locale de la tumeur. Il en est de même du malade de l'observation VI. Chez tous le radium a produit une sédation complète ou une amélioration sensible de la plupart des symptômes (douleurs, troubles de l'ouïe, troubles oculaires).

Le radium pourra aussi être employé contre les adénopathies et il amènera une diminution nette des ganglions (Obs. V).

Ici encore la radiothérapie pourra être utilisée avec succès : elle a été employée concurremment avec le radium dans plusieurs de nos observations (Obs. V, VI et VII). Grâce aux progrès que fait continuellement

d'application des rayons X, on peut prévoir que dans nombre de cas elle pourra rendre de très utiles services dans le traitement des cancers.

Enfin, dans certains cas, l'intervention chirurgicale et la radiumthérapie pourront être avantageusement associées ; en effet, appliqué avant, le radium, peut amener une certaine régression de la tumeur inopérable et permettre l'intervention ; appliqué après, il devient un adjuvant utile de l'opération en détruisant les parties qu'on n'a pu enlever.

Le radium, en attendant qu'on puisse en obtenir mieux, constitue donc un excellent moyen palliatif et un adjuvant appréciable du traitement chirurgical.

CONCLUSIONS

I. — La description classique des tumeurs malignes du naso-pharynx confond en un type unique des tumeurs dissemblables ; il conviendrait de lui substituer une description individualisant des types différents d'après leur point de départ et leur mode de début.

II. — Il y a lieu notamment de détacher une forme anatomique et clinique constituée par les tumeurs malignes du naso-pharynx à point de départ péricarinaire.

III. — Ces tumeurs se caractérisent par des troubles constants de l'ouïe et par des douleurs à caractère névralgique au début, par l'unilatéralité des lésions pendant une très longue durée de l'évolution, par l'apparition tardive des troubles de la respiration nasale et, pour certaines (sarcomes), par la propagation fréquente à la cavité encéphalique.

IV. — Le diagnostic est souvent difficile au début et nécessite un examen attentif du cavum par la rhinoscopie et le toucher.

V. — Le pronostic est toujours sombre.

VI. — Le traitement doit être précoce. Il consiste dans l'ablation de la tumeur toutes les fois qu'elle sera possible. Elle pourra se faire par résection temporaire du massif maxillo-malaire ou par la voie transfaciale du côté opposé, avec résection partielle de la cloison. Dans les cas inopérables (tumeur diffusée, engorgement ganglionnaire) la radiumthérapie, associée ou non à la radiothérapie, rendra d'appréciables services comme moyen palliatif. Elle sera utilisée aussi avec succès concurremment avec l'intervention chirurgicale.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
D^r LANNOIS.

Vu :
LE DOYEN,
JEAN LEPINE.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 16 décembre 1920.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- ABOULKER. — Contribution à l'étude des tumeurs malignes du naso-pharynx (*Bulletin d'oto-rhino-laryngologie*, mars 1912).
- CHRISTOPHLE. — La voie naso-maxillaire dans l'ablation des tumeurs du naso-pharynx (procédé de J.-L. Faure) (*Thèse de Paris*, 1903-1904).
- CITELLI. — Ueber zehn Fälle von primären malignen Tumoren des Nasenrachens (*Zeitschrift für Laryngologie*, 1912, band 4).
- CLAOUÉ et VANDENBOSSCHÉ. — Chirurgie des maladies de l'oreille, du nez, du pharynx, du larynx (Paris, 1916).
- COMPAIRED. — Contribution à l'étude des tumeurs malignes du naso-pharynx (*Archives internationales d'oto-rhino-laryngologie*, septembre-octobre 1905).
- G. DIDIER. — Le syndrome du trou déchiré postérieur dans les néoplasies naso-pharyngées (*Journal des Sciences médicales de Lille*, 21 novembre 1920).
- J. et L. DUCUING. — Technique de l'éradication des fibromes naso-pharyngiens (*Presse Médicale*, 29 octobre 1912).
- M. DURAND. — Ablation du naso-pharynx par résection temporaire du massif maxillo-malaire (*Société de Chirurgie de Lyon*, 19 décembre 1907 ; in *Lyon Médical*, 9 février 1908).
- DUVERGER. — De la voie trans-maxillo-nasale dans les interventions sur l'arrière-cavité des fosses nasales, le corps du sphénoïde et le naso-pharynx (*Thèse de Bordeaux*, 1904-1905).

- FERRERI. — Trattamento e prognosi dei tumori maligni delle fosse nasali e dell' epifaringe (*Congrès international de médecine de Londres*, 1913, et *Archives internationales d'oto-rhino-laryngologie*, 1914).
- HALLADE. — Cancer de la partie supérieure du pharynx (*Thèse de Paris*, 1880).
- JACOD. — Sur les sarcomes de la trompe d'Eustache cartilagineuse (*Congrès de la Société française d'oto-rhino-laryngologie*, 1914, et *Revue hebdomadaire de laryngologie, d'otologie et de rhinologie*, 31 août 1915).
- JACOD. — Sur la propagation intracrânienne particulière aux sarcomes de la paroi latérale du naso-pharynx (*Congrès de la Société française d'oto-rhino-laryngologie*, mai 1920).
- JACOD. — Sur la propagation intracrânienne des sarcomes de la trompe d'Eustache. Syndrome du carrefour pétro-sphénoïdal (paralysie des 2°, 3°, 4°, 5° et 6° paires crâniennes) paraîtra in *Revue neurologique*.
- JACOD. — Une nouvelle voie d'accès sur la paroi latérale du naso-pharynx (*travail en préparation*).
- JACQUES et BERTEMÈS. — Deux cas de tumeurs malignes du rhino-pharynx (*Bulletin d'oto-rhino-laryngologie*, 30 décembre 1903).
- KELSEY et BROWN. — Malignant tumors of the naso-pharynx (*Annals of otology*, 1913).
- LANNOIS. — Précis des maladies de l'oreille, du nez, du pharynx et du larynx, Paris 1908.
- LANNOIS et MOLINIÉ. — Syndrome spontané des quatre derniers nerfs crâniens chez un opéré de mastoïdite (*Société médico-chirurgicale militaire de la XIV^e Région*, 27 juillet 1918, in *Lyon Médical*, avril 1919).
- LANNOIS et SARGNON. — Radiumthérapie dans les tumeurs en oto-rhino-laryngologie (Rapport au *Congrès de la Société française d'oto-rhino-laryngologie*, mai 1920).
- LAVAL. — Des tumeurs malignes du naso-pharynx, étude clinique (*Thèse de Toulouse*, 1903-1904).

- Edw. LAW. — Surdité et troubles de l'oreille droite comme premiers symptômes d'un épithéliome partant de la trompe d'Eustache droite (*Société royale de médecine de Londres*, 5 février 1910).
- Edw. LAW. — Epithélioma de la trompe d'Eustache (*Société royale de médecine de Londres*, 17 février 1911).
- LAWNER. — Tumeurs de la région de l'orifice pharyngien de la trompe (*Monatschrift für Ohrenheilkunde*, 1913).
- MARSCHIK. — Die Pathologie und Therapie der malignen Tumoren der Nase und des Nasenrachenraumes (*Congrès international de médecine de Londres*, 1913).
- MARTÈNE. — La radiumthérapie dans les tumeurs malignes du nez, des sinus et du nasopharynx (*Thèse de Lyon*, 1919-1920).
- MOURE et BRINDEL. — Maladies de la gorge, du larynx, des oreilles et du nez, Paris, 2  édition.
- OPPIKOFER. — Ueber die primären malignen Geschwülste des Nasenrachenraumes (*Archiv für Laryngologie*, 1913).
- PATTERSON. — Remarks on the diagnosis and treatment of various conditions met with in the naso-pharynx (*The practitioner*, octobre 1913).
- PAULIAC. — Contribution à l'étude des sarcomes du naso-pharynx (*Thèse de Paris*, 1911-1912).
- PATTERSON. — *Société royale de médecine de Londres*, 6 décembre 1912.
- ROURE. — La trompe d'Eustache, ses maladies et leur traitement, Paris, 1920.
- J. ROUX. — Polypes naso-pharyngiens. Opération préliminaire. Procédé par écartement des os maxillaires supérieurs (*Gazette des Hôpitaux*, 30 juillet 1861).
- SENDZIAK. — Tumeurs malignes des sinus, du nez et de la cavité naso-pharyngienne (*Archives internationales d'oto-rhino-laryngologie*, 1913).
- SOUCY. — Contribution à l'étude des tumeurs malignes primitives du naso-pharynx (*Thèse d'Alger*, 1910-1911).

SPANGENBERG. — Ueber die Endotheliome des Nasenrachen-
raumes (*Archiv f. Ohrenheilkunde*, 1912, band 87).

TESTUT. — Anatomie descriptive, Paris, 1911.

TESTUT et JACOB. — Anatomie topographique, Paris, 1914.

H. TILLEY. — Malignant tumour of the naso-pharynx associated
with deafness, neuralgia and weakness of the levator
palati (*Société royale de médecine de Londres*, 17 nov.
1911. — *Congrès international d'otologie*, Boston, 1912.
— *Congrès international de médecine de Londres*, 1913).

W. TROTTER. — On certain clinically obscure malignant tu-
mours of the naso-paryngeal wall (*British Medical Jour-
nal*, 28 octobre 1911. — *Société royale de médecine de
Londres*, 17 février et 17 novembre 1911. — *Société
médicale de Londres*, 8 mai 1911).

M. VERNET. — Les paralysies laryngées associées (*Thèse de
Lyon*, 1915-1916).

M. VERNET. — Syndrome du trou déchiré postérieur (*Revue
neurologique*, novembre-décembre 1918).

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS	7
CHAPITRE I. — Historique et introduction.....	9
CHAPITRE II. — Observations.....	15
CHAPITRE III. — Considérations anatomiques et anatomo- pathologiques	43
CHAPITRE IV. — Étiologie	49
CHAPITRE V. — Symptomatologie.....	55
CHAPITRE VI. — Evolution et pronostic.....	73
CHAPITRE VII. — Diagnostic.....	79
CHAPITRE VIII. — Traitement.....	89
CONCLUSIONS	103
BIBLIOGRAPHIE	105

IMPRIMERIE EXPRESS

46, RUE DE LA CHARITÉ

- - LYON - -

